

Н.А. Савенкова, В.Н. Амирджанова, С.А. Макаров, А.Л. Логунов, М.А. Макаров, В.В. Коломацкий
 Учреждение Российской академии медицинских наук Научно-исследовательский институт ревматологии РАМН, Москва

УЛУЧШАЕТ ЛИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КРУПНЫХ СУСТАВОВ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ?

Контакты: Надежда Алексеевна Савенкова lifeguality@yandex.ru

Цель — проанализировать течение заболевания, оценить предшествующую терапию больных ревматоидным артритом (РА) и эффективность эндопротезирования коленных (ЭКК) или тазобедренных суставов (ЭТБС).

Материал и методы. В исследование включено 50 пациентов с РА, которым было проведено ЭКК (32 человека — 1-я группа) или ЭТБС (18 человек — 2-я группа), средний возраст 51,8±11,6 и 48,7±8,5 года, продолжительность болезни 16,5±7,8 и 15,5±7,5 года соответственно. Оценка качества жизни (КЖ) проводилась по опросникам EQ-5D, SF-36, функциональной способности суставов — по индексу HAQ и шкалам Harris и Insall.

Результаты и обсуждение. Большинство больных до оперативного лечения получали метотрексат (MT) в дозе 7,5–10 мг в неделю, который назначался через 7–10 лет от начала заболевания. 65,4 и 84,6% больных в 1-й и 2-й группах получали глюкокортикоиды (ГК) перорально. Через 6 мес после эндопротезирования наблюдалось улучшение функционального состояния пациентов: индекс HAQ после ЭКК снизился с 1,64±0,7 до 1,40±0,6 ($p=0,003$); после ЭТБС — с 2,07±0,6 до 1,72±0,7 ($p=0,04$). Индекс КЖ EQ-5D после ЭКК увеличился с 0,52 [0,0–0,61] до 0,59 [0,52–0,69] балла ($p=0,04$), после ЭТБС — с -0,02 [-0,02–0,52] до 0,52 [-0,02–0,62] балла ($p=0,096$). Отмечалось достоверное улучшение суммарного физического компонента здоровья (PCS) по SF-36: $\Delta PCS=4,3$ ($p=0,04$) после ЭКК и $\Delta PCS=5,7$ ($p=0,02$) после ЭТБС, а также тенденция к стабилизации психологического статуса больных.

Заключение. Большинство больных изначально в течение многих лет не получали адекватную базисную противовоспалительную терапию. Эндопротезирование суставов нижних конечностей в первые 6 мес после операции улучшало функциональную способность оперированного сустава, повышая КЖ больных РА в целом. Не отмечено существенного снижения общей активности заболевания через 6 мес после операции.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, эндопротезирование коленных и тазобедренных суставов, оценка качества жизни

DOES ENDOPROSTHETIC REPLACEMENT OF LARGE JOINTS IMPROVE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS?

N.A. Savenkova, V.N. Amirdzhanova, S.A. Makarov, A.L. Logunov, M.A. Makarov, V.V. Kolomatsky
 Research Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Contact: Nadezhda Alekseyevna Savenkova lifeguality@yandex.ru

Objective: to analyze the course of rheumatoid arthritis (RA), to assess its previous therapy, and to evaluate the efficiency of endoprosthetic replacement of knee or hip joints (EKJ or EHJ).

Subjects and methods. The study enrolled 50 patients with RA who had undergone EKJ (Group 1; $n = 32$) or EKJ (Group 2; $n = 18$); their mean age was 51.8±11.6 and 48.7±8.5 years and the disease duration was 16.5±7.8 and 15.5±7.5 years, respectively. Their quality of life (QL) was estimated by the EQ-5D and SF-36 questionnaires; joint functional capacity was assessed by the HAQ index and the Harris and Insall scales.

Results and discussion. Before surgical treatment, the majority of patients took methotrexate (MT) in a weekly dose of 7.5–10 mg, which was prescribed 7–10 years after the disease onset. Oral glucocorticoids (GC) were given to 65.4 and 84.6% of the patients of Groups 1 and 2, respectively. Six months after endoprosthetic replacement, there was functional improvement: the HAQ index decreased from 1.64±0.7 to 1.40±0.6 after EKJ ($p = 0.003$) and from 2.07±0.6 to 1.72±0.7 after EHJ ($p = 0.04$). The EQ-5D QL index increased from 0.52 [0.0–0.61] to 0.59 [0.52–0.69] scores after EKJ ($p = 0.04$) and from -0.02 [-0.02–0.52] to 0.52 [-0.02–0.62] scores after EHJ ($p = 0.096$). There was a significant improvement in the SF-36 physical component summary (PCS): $\Delta PCS = 4.3$ ($p = 0.04$) after EKJ and $\Delta PCS = 5.7$ ($p = 0.02$) after EHJ and a trend towards stabilization of the patients' mental status.

Conclusion. The majority of patients had not initially received adequate disease-modifying anti-inflammatory therapy for many years. Endoprosthetic replacement of the lower limb joints in the first 6 months after surgery improved the functional capacity of the operated joint, by increasing QL in the patients as a whole. There was no substantial decrease in global disease activity 6 months following surgery.

Key words: rheumatoid arthritis, endoprosthetic replacement of knee or hip joints, quality of life estimation

Ревматоидный артрит (РА) — аутоиммунное воспалительное заболевание суставов, представляющее серьезную социальную и экономическую проблему во всех странах мира. Боль, скованность, нарушение функционального и психического состояния, затруднение или невозможность выполнения пациентами привычной повседневной деятельности, пожизненный прием лекарственных препаратов и в конечном итоге необходимость оперативного лечения — типичная цепь событий для больных РА [1].

Несмотря на то что воспаление мелких суставов является характерной чертой РА [2], довольно часто при тяжелом варианте течения заболевания на первый план вы-

ступает прогрессирующее поражение крупных суставов (в первую очередь коленных и тазобедренных) [3]. Поражение этих суставов сопровождается тяжелыми морфологическими и функциональными изменениями [1, 4, 5], приводя более половины пациентов к инвалидности [6]. Даже умеренные нарушения функции крупных суставов нижних конечностей значительно ограничивают физическую и социальную активность больных, неблагоприятно отражаясь на их качестве жизни (КЖ).

В ряде случаев единственным методом оказания помощи таким больным является тотальное эндопротезирование суставов, которое прочно вошло в клиническую практику в

качестве высокотехнологичного метода лечения, позволяющего не только купировать боль, но и существенно улучшать функциональные возможности больных, повышая их КЖ [7].

Несмотря на то что эндопротезирование крупных суставов при РА явилось величайшей вехой в ревмоортопедии [8—15], до сих пор операции на крупных суставах при наличии активного РА представляют сложную задачу как для ортопедов-хирургов, так и для ревматологов, осуществляющих дальнейшее ведение этих больных.

В изученной литературе нам не встретилось анализа предшествующей терапии больных, которым было проведено эндопротезирование суставов при РА. Отдаленные результаты оценивались ортопедами-травматологами в основном по общепринятым параметрам в хирургии [11—13, 16, 17], и лишь в отдельных наблюдениях обсуждались показатели КЖ [12, 14]. До сих пор остается спорным вопрос об изменении активности РА после эндопротезирования суставов [15].

Целью настоящей работы были анализ течения заболевания и предшествующей терапии больных ревматоидным артритом, которым проводилось эндопротезирование коленных (ЭКС) и тазобедренных суставов (ЭТБС) и оценка эффективности оперативного лечения с точки зрения ревматолога.

Материал и методы. В исследование включено 50 больных РА (диагноз устанавливался в соответствии с критериями ACR 1987), которым было проведено ЭКС (32 пациента — 1-я группа) и ЭТБС (18 пациентов — 2-я группа). Изучение анамнеза болезни проводилось путем опроса пациентов, использовалась медицинская документация из поликлиник по месту жительства и других учреждений, направивших больных. Результаты заносились в специально разработанную карту.

Анализ предшествующей терапии включал определение процента больных, когда-либо получавших базисные противовоспалительные препараты (БПВП): сульфасалазин, метотрексат, лефлуномид, — с учетом их дозировки, длительности приема. Учитывалось, на каком году болезни они назначались, отдельно анализировалась глюкокортикоидная терапия. Перед оперативным лечением пациентам проводилось стандартное клиническое обследование с определением числа припухших (ЧПС) и болезненных суставов (ЧБС). Активность РА определялась с помощью индекса DAS 28. Для оценки эффективности эндопротезирования применялись критерии Американской коллегии ревматологов (ACR) [18]. Определялось 20, 50 и 70% улучшение по 5 параметрам, основным из которых было изменение ЧБС и ЧПС.

Оценка функциональной способности суставов до и после операции проводилась с помощью шкал Harris Hip Score [16] и Knee Society Score, предложенной Insall [17].

Все пациенты дважды заполняли валидированные русифицированные версии опросников Health Assessment Questionnaire (HAQ) [19], EuroQoL-5D (EQ-5D) [20], Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form General Survey (SF-36) [21].

Для определения функционального состояния больных и возможности выполнения пациентами определенных действий в повседневной жизни оценивался индекс HAQ. Его значения от 0 до 0,5 балла соответствовали показателям популяционного контроля. Минимальными клинически значимыми изменениями (МКЗИ) индекса HAQ считалась динамика, равная -0,22 балла [19]. При оценке эффективности эндопротезирования эффект терапии считался отсутствующим при разнице значений индекса $\Delta\text{HAQ} < -0,22$ балла,

умеренному клиническому улучшению соответствовали показатели ΔHAQ от 0,22 до -36 (20% улучшение). Эффект был значительным при ΔHAQ от -0,36 до -0,80 (50% улучшение); выраженному клиническому улучшению соответствовала $\Delta\text{HAQ} \geq -0,80$ баллов (70% улучшение) [21].

При анализе КЖ по опроснику SF-36 [20] ответы группировались в 8 доменов: «Физическое функционирование» — Physical Functioning (PF), «Ролевое физическое функционирование» — Role Physical (RP), «Интенсивность боли» — Bodily Pain (BP), «Общее состояние здоровья» — General Health (GH), «Жизненная активность» — Vitality (VT), «Социальное функционирование» — Social Functioning (SF), «Ролевое эмоциональное функционирование» — Role Emotional (RE), «Психологическое здоровье» — Mental Health (MH). Подсчитывались значения двух суммарных измерений: физический Physical Component Summary (PCS) и психологический Mental Component Summary (MCS) компоненты здоровья. Обработка шкал SF-36 производилась с использованием SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide [22] и специального лицензионного авторского пакета статистических программ. Суммарные значения физического и психологического здоровья рассчитывались по специальной методике, их значения варьировали от 0 до 50 баллов, при этом большие значения измерений соответствовали лучшему КЖ. Величина МКЗИ для отдельных доменов опросника SF-36 и суммарных измерений PCS и MCS соответствовала изменениям от 5 до 10 баллов по всем шкалам SF-36 и от 2,5 до 5,0 балла по суммарным изменениям [23—25].

Анализ опросника EQ-5D проводился по 5 шкалам с вычислением индекса КЖ EQ-5D [26]. При разнице значений индекса ($\Delta\text{EQ-5D}$) $< 0,1$ балла эффект терапии отсутствовал; слабому клиническому улучшению соответствовали показатели $\Delta\text{EQ-5D}$ от 0,10 до 0,24; эффект терапии считался удовлетворительным в интервале $\Delta\text{EQ-5D}$ 0,24—0,31; выраженным — при $\Delta\text{EQ-5D} \geq 0,31$ балла [21].

Определение клинико-функционального состояния коленного сустава у больных РА проводилась по шкале Insall [17], состоящей из оценки «функции» и «состояния» коленного сустава. Оценка «функции» включала ходьбу на расстояние и по лестнице, наличие или отсутствие дополнительной опоры. В оценку «состояния» входили выраженность боли, амплитуда движений и наличие нестабильности в суставе, а также ограничение сгибания и разгибания, соотношение осей бедра/голеней. Максимальная оценка по каждому из разделов таблицы составляла 100 баллов, при этом сумма баллов могла уменьшаться не только за счет низкой оценки по основным пунктам, но и за счет дополнительных показателей, имеющих отрицательное значение. Если суммарная величина была отрицательной, результат принимался за 0 баллов [27].

По шкале Harris Hip Score [16] оценивалось клинико-функциональное состояние тазобедренного сустава, а именно выраженность боли, функция, деформация и амплитуда движений в суставе. В разделе «функция» отмечали наличие хромоты, использование дополнительной опоры, возможность ходьбы на определенные расстояния, способность надевать носки и обувь, сидеть, подниматься по лестнице, пользоваться общественным транспортом; в разделе «деформации» оценивали наличие сгибательно-приводящей контрактуры и изменение длины конечности, в «амплитуде движений» — сгибание, приведение, отведение, ротацию. Каждый из этих параметров измерялся в баллах.

Таблица 1

Клиническая характеристика больных РА перед эндопротезированием коленных и тазобедренных суставов

Показатели	ЭКС (n=32)	ЭТБС (n=18)	p
Пол (женский), %	90,7	88,9	0,41
Возраст, годы (M±σ)	51,8±11,6	48,7±8,5	0,16
Средняя длительность заболевания, годы (M±σ)	16,5±7,8	15,5±7,5	0,33
Поражение оперированного сустава, число лет от начала заболевания (M±σ)	3,0±2,6	10,2±7,0	0,005
РФ-позитивность, %	76,7	66,7	0,22
Рентгенологическая стадия РА, %			
II	6,7	27,8	0,02
III	26,7	38,9	0,19
IV	66,6	33,3	0,01
Активность по DAS 28, %:			
ремиссия	2,9	16,6	0,44
низкая	8,9	5,6	0,35
средняя	85,3	38,9	0,0008
высокая	2,9	38,9	0,0008
ФК (ACR), %:			
III	88,1	96,7	0,2
IV	11,9	3,3	0,14

Максимальная сумма 100 баллов складывалась из следующих максимально возможных сумм: боль — 45, функция — 47, отсутствие деформаций — 4, объем движений — 4. Сумма баллов <70 являлась одним из показаний к эндопротезированию. По данной шкале оценивали эффективность терапии, при этом сумма баллов, равная 90—100, соответствовала отличному результату, 80—89 — хорошему, 70—79 — удовлетворительному, а при значении ≤70 баллов результат эндопротезирования считался неудовлетворительным.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием программы Statistica 6.0. При нормальном распределении выборки для парных сравнений использовался t-критерий Стьюдента. Достоверными считались различия при уровне p<0,05. Для анализа выборок, отличных от нормального распределения, использовался непараметрический метод Краскела—Уоллиса.

Результаты и обсуждение. Анализ лекарственной терапии больных РА с большой длительностью заболевания (в среднем 15 лет) представляет сложную задачу. В конце 80-х годов XX в. еще не были разработаны четкие стандарты базисной противовоспалительной терапии и метотрексат (MT) назначался в малых терапевтических дозах. Первым базисным препаратом у 23,1% больных с ЭКС и у 38,5% с ЭТБС был сульфасалазин (СС) в дозе 1,8±0,3 и 1,6±0,4 г/сут, который назначался в среднем через 8,2±6,4 и 10,2±6,8 года от начала заболевания соответственно. Длительность приема СС была небольшой (в среднем 2,3±2,5 и 2,6±3,2 года), основной причиной отмены являлась его неэффективность. Большинство больных получали MT (80,8% перед ЭКС и 91,7% перед ЭТБС), однако он назначался довольно поздно (в среднем через 9,7±8,6 и 8,7±7,1 года от начала заболевания), в небольшой дозе (9,6±4,0 и 10,4±2,6 мг/нед), длительность его непрерывного приема составляла 4,4±4,1 и 4,0±4,2 года в 1-й и 2-й группах соответственно. Лефлуномид (ЛФ) в дозе 20 мг/сут в качестве монотерапии назначался при неэффективности или непереносимости MT 26,7% больных в 1-й группе через 14,4±8,7 года после возникновения болезни в течение 1,7±1,1 года. Перед ЭТБС всего один пациент получал ЛФ (20 мг/сут),

прием которого был начат на 18-м году болезни и продолжался 8 мес. Большинство больных принимали глюкокортикоиды (ГК) перорально: 65,4 и 84,6% в 1-й и 2-й группах соответственно. На протяжении болезни ГК вводились внутрисуставно: 73,1 и 61,5% больных соответственно.

Таким образом, большинство больных, представленных в данном исследовании, получали базисные БПВП в низких дозах, их прием был начат довольно поздно; широко использовались ГК — как системно, так и локально. Предотвращение деструкции суставов в данных условиях становилось у ряда больных весьма проблематичным, и через 15—20 лет у них появилась необходимость в эндопротезировании крупных суставов.

Пациенты, которым было проведено ЭКС и ЭТБС, не различались по полу, возрасту, длительности заболевания и наличию ревматоидного фактора — РФ (табл. 1). Первые признаки поражения коленного сустава появлялись значительно раньше, чем тазобедренного (в среднем на 3-м и 10-м году от начала заболевания соответственно; p<0,005). Как следует из табл. 1, большинство (85,3%) больных перед ЭКС имели среднюю степень активности РА (DAS 28 от 3,2 до 5,1); 2,9% — высокую. Перед ЭТБС процент больных с высокой и средней степенью активности был одинаковым и составлял по 38,9.

Все пациенты имели показания к оперативному лечению. Через 6 мес после ЭКС среднее значение DAS 28 не изменилось (3,9±0,7 и 3,9±0,8; p=0,62), в то время как после ЭТБС имелась отчетливая тенденция к снижению общей активности заболевания (с 4,3±1,4 до 4,1±1,0; p=0,54; табл. 2), отмечалось уменьшение процента пациентов с высокой степенью активности с 38,8 до 22,2. Однако в связи с малочисленностью этой группы больных достоверных статистически значимых изменений получено не было. Таким образом, на ранних сроках наблюдения больных после эндопротезирования крупных суставов нами не отмечено существенного снижения активности РА.

Большая часть пациентов (ЭКС — 88,9%, ЭТБС — 96,7%) перед операцией имели III функциональный класс

Таблица 2

Динамика активности заболевания, функциональных тестов и показателей КЖ через 6 мес после эндопротезирования коленных и тазобедренных суставов у больных РА

Показатели	ЭКС (n=32)		p	ЭТБС (n=18)		p
	перед операцией	через 6 мес после операции		перед операцией	через 6 мес после операции	
DAS 28, %						
ремиссия	2,9	3,4		16,7	5,6	
низкая	8,8	13,8		5,6	11,1	
средняя	85,4	79,3	>0,005	38,9	61,1	>0,005
высокая	2,9	3,5		38,8	22,2	
HAQ, баллы	1,64±0,7	1,40±0,6	0,003	2,07±0,6	1,72±0,7	0,04
EQ-5D, баллы	0,52 [0,0—0,61]	0,59 [0,52—0,69]	0,04	-0,02 [-0,02—0,52]	0,52 [-0,02—0,62]	0,096
SF-36, баллы:						
PCS	27,9±5,8	32,2±7,7	0,04	25,6±6,5	31,3±8,9	0,02
MCS	43,0±10,5	44,6±9,9	0,55	42,8±12,2	45,5±12,1	0,52
Шкала Insall, баллы	69,5±36,9	132,6±34,9	<0,001			
Шкала Harris, баллы				35,7±18,9	69,2±14,1	<0,001

(ФК) по критериям ACR, т. е. больные были существенно ограничены в непрофессиональной и профессиональной деятельности, около 10% нуждались в помощи других лиц при самообслуживании.

Низкий уровень КЖ перед операцией отмечался у всех пациентов по суммарным значениям общего опросника SF-36: PCS 27,9±5,8 и 25,6±6,5; MCS 43,0±10,54 и 42,8±12,2 в 1-й и 2-й группах соответственно. Функциональная активность больных была значительно хуже перед ЭТБС: средние значения индекса HAQ составляли 2,07±0,6 балла, в то время как перед ЭКС — 1,64±0,7 балла. Индекс КЖ EQ-5D также был ниже перед ЭТБС и имел отрицательное значение -0,02 [-0,02—0,52], т. е. состояние здоровья пациентами оценивалось «хуже смерти» из-за невозможности самостоятельно передвигаться и наличия выраженной боли и депрессии. Перед ЭКС его значения варьировали от 0 до 0,61 балла, в среднем составляя 0,52. По шкале Insall (оценки функции коленного сустава) среднее значение составляло 69,5±36,9 балла, а по шкале Harris (оценки функции тазобедренного сустава) — 35,7±18,9 балла.

Через 6 мес (см. табл. 2) после эндопротезирования суставов отмечалось достоверное улучшение функционального состояния пациентов: индекс HAQ после ЭКС снизился с 1,64±0,7 до 1,40±0,6 балла (p=0,003), ΔHAQ составила -0,24 балла. После ЭТБС динамика HAQ была более существенной: от 2,07±0,6 при исходном обследовании до 1,72±0,7 через 6 мес наблюдения (p=0,04), ΔHAQ=0,35 балла, что соответствовало как минимум 20% улучшению функционального состояния больных (рис. 1), которое отразилось и на их КЖ.

Индекс КЖ EQ-5D после ЭКС повысился с 0,52 [0,0—0,61] до 0,59 [0,52—0,69] балла (p=0,04). После ЭТБС его увеличение было более существенно: с -0,02 [-0,02—0,52] до 0,52 [-0,02—0,62] балла (p=0,096), что, вероятно, было связано с первоначально более тяжелыми функциональными нарушениями. Изменения отдельных шкал опросника EQ-5D представлены на рис. 2, из которого следует, что в категории «Подвижность» через 6 мес после оперативного лечения появились пациенты (6%) с полным восстановлением подвижности в суставах и исчезли паци-

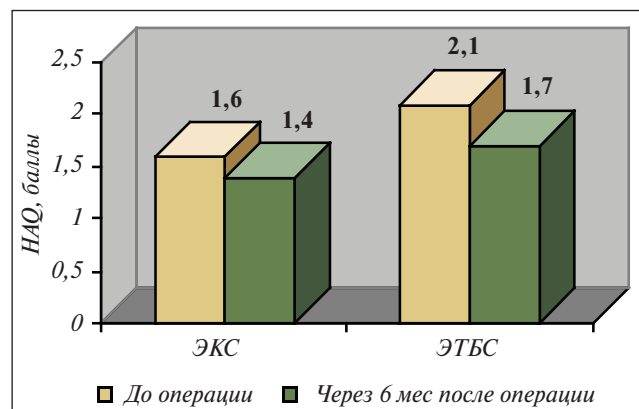


Рис. 1. Динамика индекса HAQ через 6 мес после эндопротезирования коленных и тазобедренных суставов у больных РА

енты (8%) с выраженными нарушениями подвижности. Увеличился процент больных (с 22 до 54), не испытывающих затруднений по уходу за собой. Значительно снизился процент больных (с 22 до 4) с выраженными затруднениями в привычной повседневной деятельности. Появились пациенты (4%), которые совсем перестали испытывать боль в суставах, уменьшился процент больных (с 19 до 7), испытывающих выраженную боль в суставах. Отмечалось увеличение числа больных (4%), которые полностью перестали испытывать чувство тревоги, что свидетельствовало об улучшении их психологического состояния.

Улучшение параметров КЖ наблюдалось по всем шкалам SF-36 (рис. 3), а также по показателям суммарного физического (PCS) и психологического (MCS) здоровья. Суммарное физическое здоровье статистически значимо улучшилось к 6-му месяцу наблюдения: с 27,9±5,8 до 32,2±7,7 балла (p=0,04; ΔPCS=4,3) после ЭКС и с 25,6±6,5 до 31,3±8,9 балла (p=0,02; ΔPCS=5,7) после ЭТБС, в то время как психологическое здоровье изменялось не столь существенно: с 43,0±10,5 до 44,6±9,9 балла после ЭКС (p=0,55) и с 42,8±12,2 до 45,5±12,1 балла после ЭТБС (p=0,52), — и эта динамика не достигала статистической значимости.

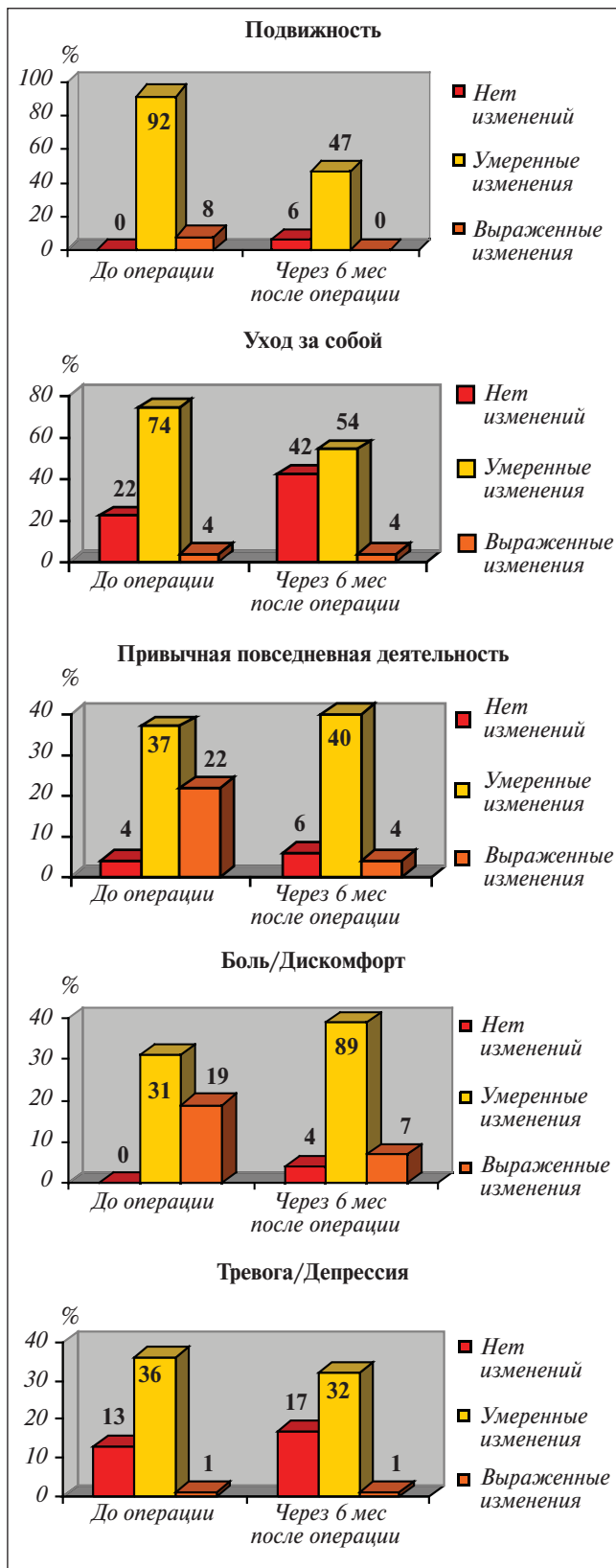


Рис. 2. Динамика изменения КЖ больных РА через 6 мес после эндопротезирования суставов нижних конечностей по 5 шкалам опросника EQ-5D

Через 6 мес после эндопротезирования отмечено достоверное улучшение функции оперированных суставов по шкалам Harris и Insall. В предоперационном периоде оценка

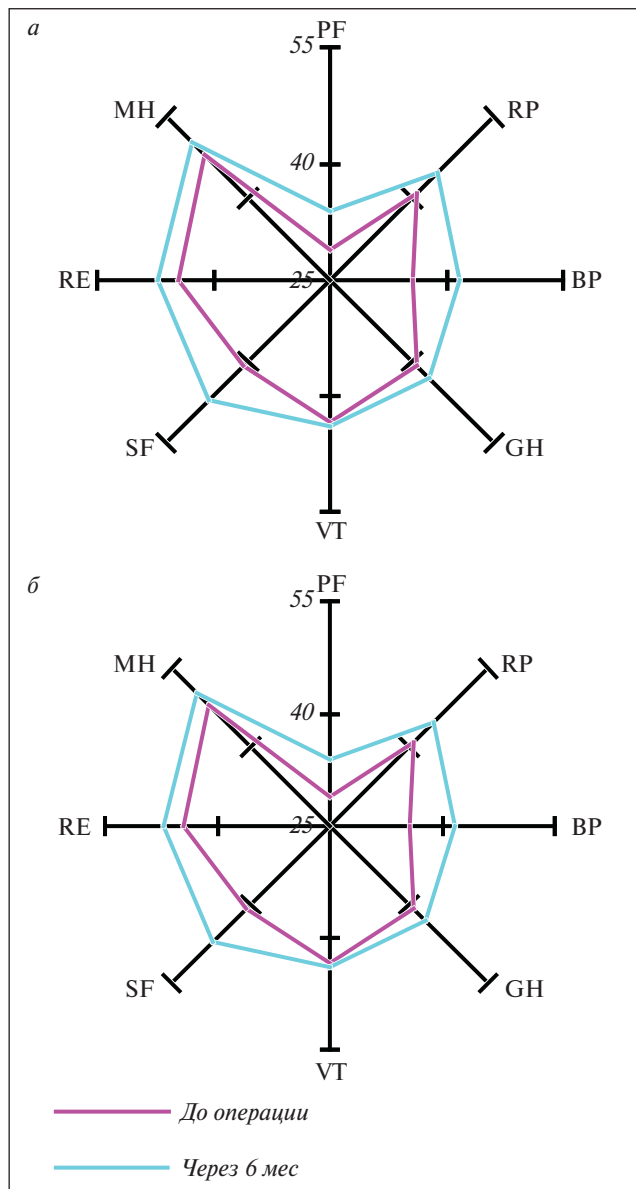


Рис. 3. Динамика КЖ больных РА по шкалам SF-36 через 6 мес после ЭТБС (а) и ЭКС (б). Шкалы опросника SF-36 — объяснение в тексте

коленного сустава по Insall составляла $69,53 \pm 36,97$ балла, в послеоперационном периоде — $132,55 \pm 34,91$ балла (увеличение на 63,02 балла; $p < 0,001$). Положительная динамика по шкале Harris была не столь выражена: с $35,7 \pm 18,9$ (от 10 до 71) балла до $69,2 \pm 14,1$ (от 42 до 89) балла ($p < 0,001$), что было связано с изначально более тяжелым поражением тазобедренного сустава и небольшим сроком наблюдения.

Таким образом, эндопротезирование суставов нижних конечностей в первые 6 мес после операции улучшало функциональную способность оперированного сустава, повышая КЖ больных РА в целом.

Эндопротезирование крупных суставов не оказало существенного влияния на динамику воспалительной активности заболевания, что доказывает необходимость проведения коррекции базисной терапии в послеоперационном периоде.

В заключение следует отметить, что все пациенты с РА, которым проводилось ЭКС или ЭТБС, изначально в течение многих лет не получали адекватную базисную про-

тивовоспалительную терапию: препараты назначались на поздней стадии заболевания, отсутствовал их регулярный прием, дозы МТ были явно недостаточны для подавления активности заболевания и предотвращения деструкции суставов. Поэтому в настоящее время все более актуальным становится вопрос о новой стратегии лечения РА, включающей раннее назначение адекватных доз БПВП, тщатель-

ный контроль ревматолога за эффективностью лечения, подключение к терапии генно-инженерных биологических препаратов. По-видимому, эти усилия смогут привести, с одной стороны, к уменьшению в дальнейшем потребности в эндопротезировании суставов у больных РА, а с другой — к снижению активности заболевания и улучшению результатов оперативного лечения в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Щеколова Н.Б., Кошурникова Е.П., Рожнев Е.В. и др. Эффективность реинфузии дренажной крови в ранний послеоперационный период после первичного тотального эндопротезирования тазобедренных суставов у больных ревматоидным артритом. *Науч-практич ревматол* 2008;1:73—7.
2. Насонов Е.Л., Каратеев Д.Е., Балабанова Р.М. Ревматоидный артрит. В кн.: *Ревматология. Национальное руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008;290—331.
3. Чичасова Н.В., Шехтер А.Б., Каневская М.З. и др. Рентгенологические сопоставления при ревматоидном артрите по данным длительного проспективного наблюдения. *Ревматология* 1990;2:17—23.
4. Fries J.F., Spitz P., Kraines R.G. et al. Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthr Rheum* 1980;23(2):137—45.
5. Амирджанова В.Н., Кайлубаева Г.М., Горячев Д.В. и др. Валидация русскоязычной версии HAQ. *Науч-практич ревматол* 2004;2:50—6.
6. Drees P., Eckardt A.E., Gay R. et al. Mechanisms of Disease: molecular insights into aseptic loosening of orthopedic implants. *Nat Clin Pract Rheum* 2007;3(3):165—71.
7. Chmell M.J., Scott R.D., Thomas W.H. et al. Total hip arthroplasty with cement for juvenile rheumatoid arthritis. *J Bone Joint Surg* 1997;79-A(8):44—55.
8. Verstappen S.M., Hoes J.N., Ter Borg E.J. et al. Joint surgery in the Ultecht Rheumatoid Arthritis Cogort: the effect of treatment strategy. *Ann Rheum Dis* 2006;65:1506—11.
9. Palm N.M., Kaarela K., Hakala M.S. et al. Need and sequence of large joint replacement in rheumatoid arthritis. A 25-year follow-up study. *Clin Exp Rheum* 2002;20:392—4.
10. James D., Yong A., Kulinskaya E. et al. Orthopedic intervention in early rheumatoid arthritis. Occurrence and predictive factors in an inception cohort of 1064 patients followed for 5 years. *Rheumatology (Oxford)* 2004;43:369—76.
11. Агзамов Д.С., Загородний Н.В., Макунин В.И. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава при ревматических заболеваниях. *Вестн травматол ортопед* 2005;3:26—8.
12. Макаров С.А., Павлов В.П., Матушевский Г.А., Макаров М.А. Актуальные проблемы эндопротезирования больных ревматическими заболеваниями. *Науч-практич ревматол* 2003(Прил.):86.
13. Кудинов О.А., Нуждин В.И., Попова Т.П. и др. Опыт эндопротезирования коленного сустава в специализированном отделении ЦИТО им. Н.Н. Приорова. *Вестн травматол ортопед* 2005;3:16—25.
14. March L.M., Barcenilla A.L., Cross M.J. et al. Costs and outcomes of total hip and knee joint replacement for rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 2008;27(10):1235—42.
15. Yano K., Ikari K., Inoue E. et al. Effect of total knee arthroplasty on disease activity in patients with established rheumatoid arthritis: 3-year follow-up results of combined medical therapy and surgical intervention. *Mod Rheumatol* 2010 [Epub. ahead of print].
16. Harris W.H. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: Treatment by mold arthroplasty. An end result study using a new method of result evaluation. *J Bone Joint Surg Am* 1969;51:737—55.
17. Insall J.N., Dorr L.D., Scott R.D., Scott W.N. Rationale of the Knee Society clinical rating system. *Clin Orthop Relat Res* 1989;248:13—4.
18. Felson D.T., Anderson J.J., Boers M. et al. The American College of Rheumatology preliminary core of disease activity measures for rheumatoid arthritis clinical trials. The Committee on Outcome Measures in Rheumatoid Arthritis Clinical Trials. *Arthr Rheum* 1993;36:729—40.
19. Kosinski M., Zhao S.Z., Dedhiya S. et al. Determining minimally important changes in general and disease-specific health-related quality of life questionnaires in clinical trials of rheumatoid arthritis. *Arthr Rheum* 2000;43(7):1478—87.
20. Ware J.E.Jr., Shernourne C.D. The MOS 36-Item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473—83.
21. Амирджанова В.Н. Оценка эффективности терапии больных ревматоидным артритом по показателям качества жизни. *Науч-практич ревматол* 2007;5:93—9.
22. Fries J.F., Spitz P.W., Kraines R.S. et al. Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthr Rheum* 1980;23:137—45.
23. Bourqui M., Gerster J.C. Rheumatoid coxitis. Clinical study of 20 cases. *Schweiz Rundsch Med Prax* 1986;75(1—2):10—3.
24. Thuboo J., Fong K.Y., Ng T.P. et al. Validation of the MOS SF-36 for quality of life assessment of patients with systemic lupus erythematosus in Singapore. *J Reumatol* 1999;26:97—102.
25. Strand V., Bombardier C., Naetzel A. et al. Use of minimum clinically important differences in evaluating patient responses to treatment of RA. *Arthr Rheum* 2001;44(Suppl.):187.
26. Brooks R. with the EuroQol Group. EuroQol: the current state of play. *Health Policy* 1996;37:53—72.
27. Ranavat C.S., Padgett D.E., Onashi Y. Total knee arthroplasty for patients younger than 55 years. *Clin Orthop Relat Res* 1989;248:27—33.

Поступила 27.09.10