

УДК: 616.72-002.77-89

**ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КОЛЕННОГО И
ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ
РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**(Опыт 3-летней работы хирургического отделения Института
ревматологии)*В.П.Павлов, С.А.Макаров, Г.А.Матушевикий, Б.А.Асин*
Институт ревматологии (дир.- академик РАМН В.А.Насонова) РАМН, Москва**Резюме**

Представлен анализ 100 больных ревматическими заболеваниями, подвергнутых операциям на коленном и тазобедренном суставах в клинике Института ревматологии. Приводятся некоторые детали оперативной техники эндопротезирования, ближайшие и отдаленные результаты лечения.

Ключевые слова: эндопротезирование коленных и тазобедренных суставов.

Эндопротезирование коленного и тазобедренного суставов относится к ряду сложных проблем ревмоортопедии. Перспективы данного метода лечения функционально наиболее важных суставов у больных ревматического профиля очевидны: можно достичь значительных успехов в комплексной реабилитации больных РЗ, когда полностью исчерпаны все возможности интенсивного терапевтического лечения, а разрушенные ключевые суставы являются основной причиной потери трудоспособности, самообслуживания, резкого снижения качества жизни. Ревмохирурги в таких ситуациях сталкиваются не только с медико-социальными аспектами, но и с финансовыми проблемами, а также с техническими или, точнее сказать, технологическими вопросами, а именно, выбором конструкций многочисленных моделей эндопротезов коленного и тазобедренного суставов, предлагаемых на рынках медикотехнических изделий.

В этом сообщении мы хотели бы обосновать свою позицию по проблеме эндопротезирования функционально наиболее важных суставов с учетом конкретных условий Института ревматологии.

Наши принципы таковы:

- выбор и использование коленного и тазобедренного эндопротезов, имеющих высокий международный рейтинг по биомеханическим параметрам, износоустойчивости и, в соответствии с этим, - длительным срокам функционирования в

организме;

- ориентация больных на приобретение именно таких высоконадежных имплантов, несмотря на их высокую стоимость;
- отказ от установки эндопротезов, может быть удовлетворяющих пациентов по своей цене, но пока еще не зарекомендовавших себя в соответствии с международными стандартами;
- в тяжелых финансовых ситуациях предлагать больным альтернативные эндопротезированию методы хирургического лечения, например, артропластические операции на коленном суставе.

Ниже мы приводим таблицу использованных нами эндопротезов коленного и тазобедренного суставов с указанием фирм - производителей и их цен (табл. 1).

Материал и методы

За 1998 - 2000 г.г. в хирургическом отделении Института ревматологии было прооперировано 100 больных в возрасте от 18 до 74 лет. Соотношение женщин к мужчинам как 3:1. В таблице 2 отражено количество операций на коленном и тазобедренном суставах с учетом одно - и двусторонних вмешательств.

Распределение операций по нозологическим формам РЗ отражено в табл 3.

Следует добавить, что в 2000 г мы прооперировали тазобедренный сустав у 2 больных с системной склеродермией и хондрокальцинозом, но они еще не вошли в эту разработку.

РЗ с поражениями крупных суставов мы можем оперировать только при условии тесного взаимодействия с ревматологами-терапев-

таве, например, синовэктомия, то использовался прежний доступ по послеоперационному рубцу. Артротомию стараемся сделать доста-

Таблица 1
Эндопротезы коленного и тазобедренного суставов, их цены и производители-фирмы

Эндопротезы суставов	Фирмы и названия эндопротезов	Цены в долл. США
коленного	Biomet (USA)	2300
	Zimmer (USA)	2500
	Zinmer (USA) Insall Burstein	2000
	Stryker (USA) Osteonics	2300
	Sulzer (USA) Spatorna	3000
	Sulzer (USA) Protema	1800
тазобедренного	Zimmer Multilock Trilogy	3200
	Zimmer (USA) OPT	1500
	Zimmer (USA) Centreline	2500
	De Puy (USA)	1200-2687

тами, которые подбирают адекватные методы индивидуального антиревматического лечения с целью подавления и контролирования актив-

точно широкой, для чего основательно сепаруем мягкие ткани, особенно вокруг тиббиального конца и собственной связки надколенника.

Таблица 2
Количество прооперированных больных с одно- и 2-сторонним эндопротезированием коленного и тазобедренного суставов

Суставы	Всего б-ных	Количество больных с эндопротезированием	
		односторонним	2-сторонним
Коленный	25	21	4 (эндопротезов 8)
Тазобедренный	75	67	5 (эндопротезов 10)
Всего:	100	88	9(эндопротезов 18)

ности заболеваний.

Все операции выполнялись нами под интубационным эндотрахеальным наркозом или перидуральной или спинномозговой анестезиями. Из осложнений, связанных с анестезиологическими манипуляциями, отметим парез седалищного нерва, возникший от гематомы после инъекции анестетика в перидуральное пространство. Парез был полностью купирован после рассасывания гематомы спустя 3 мес после операции

Приводим некоторые детали оперативной техники в зависимости от нозологической нормы РЗ.

Коленный сустав. Независимо от ревматического заболевания, мы использовали прямой срединный кожный разрез с медиальным или латеральным доступом при артротомии этого сустава. Если у больного была предшествующая операция на этом же коленном сус-

туживаемся той концепции, что стимулирующим фактором обострений хронического артрита коленного сустава при РА является измененный хрящ, с удалением которого, а также прилежащего к нему слоя субхондральной кости, воспалительная реакция в суставе после эндопротезирования стихает. Сохранившиеся участки невоспаленной синовиальной оболочки, рубцовая ткань, особенно гладкая, облегчают послеоперационную реабилитацию по восстановлению функции оперированного сустава.

При гонартрозе, осложненном порочной установкой, в частности, при варусной позиции, производим, так называемый, релиз мягких тканей с медиальной стороны, т.е. отделяем от большой берцовой кости рубцово перерожденную капсулу с прилежащими к ней мягкими тканями, иногда рассекаем капсулу с внутренней стороны, чтобы обеспечить мягкотканную балансировку латерального и меди-

При РА мы не всегда производим субтотальную синовэктомия, удаляем только участки синовиальной оболочки с выраженными признаками воспаления, грануляционную ткань. Мы придержи-

ального отделов сустава, проверяя этот баланс примерочным направителем, конец которого должен строго проецироваться на головку

чрезвычайно выраженного остеосклероза. Опорную поверхность вертлужной впадины иногда увеличивали за счет укрепления костного аутотрансплантата

к крыше вертлужной впадины, особенно в тех случаях, когда площадь покрытия костной поверхностью чашки импланта была менее 65%. Особую осторожность проявляли при разработке канала бедра из-за склеротических изменений, при этом у одной больной нам пришлось применить технику серкляжа при расколе верхней трети бедра во время разработки бедренного канала.

Таблица 3.

Эндопротезирование коленного и тазобедренного суставов по поводу ревматических заболеваний.

Заболевания	Коленный	Тазобедренный	Всего
Ревматоидный артрит	23	24	47
Ювенильный РА	1	5	6
Остеоартроз	3	31	34
Системная красная волчанка	1	9	10
Анкилозирующий спондилоартрит	—	5	5
Псориатическая артропатия	—	2	2
Генуинный асептический некроз головки бедра		1	1
Другие	1		1
Всего:	29	77	106

соответствующего бедра.

Тазобедренный сустав. Отметим некоторые детали техники эндопротезирования тазобедренного сустава при различных РЗ. Вне зависимости от нозологической формы РЗ мы пользовались антелатеральным трансглютеальным доступом по Хардингу. Хотелось бы подчеркнуть некоторые особенности техники эндопротезирования этого сустава при РА. Необходим тщательный гемостаз с использованием термокаутера, т.к. у больных РА повышена кровоточивость из-за приема в течение длительного времени антиревматических противовоспалительных препаратов, обладающих некоторыми дезагрегационными свойствами. Важна тщательная очистка мелких кист в вертлужной впадине от грануляционной ткани и пломбирование костных полостей кусочками аутокости. При протрузиях вертлужной впадины мы использовали чашки вертлужного компонента эндопротеза на 2 мм больше истинного размера диаметра вертлужной впадины, чаще всего системы Trilogy, с тем чтобы переместить статическую и динамическую нагрузки со дна на боковые отделы вертлужной впадины. Истонченное и пролабирующее дно вертлужной впадины заполняли фрагментами костной ткани, взятыми из удаленной шейки бедра.

При коксартрозах, особенно диспластических, значительные затруднения возникали при углублении вертлужной впадины из-за

Костный цемент использовали у больных с выраженным остеопорозом, когда во время операции стабильность импланта вызывала сомнения.

Применяли гибридные эндопротезы, например, ножку эндопротеза системы Центролайн, а чашку от системы Trilogy.

Ближайшие и отдаленные результаты лечения.

В связи с операциями на тазобедренном суставе умерло 3 из 75 больных, что составляет 4%. Одна больная 57 лет с РА умерла на операционном столе во время эндопротезирования тазобедренного сустава. Причина смерти - массивная геморрагия на фоне острой надпочечниковой недостаточности.

Причины двух других летальных исходов: у одной пациентки - повторный инфаркт миокарда через две недели после эндопротезирования тазобедренного сустава, у другой - некупируемая гипотония и гнойный обтурационный бронхит через 4 недели после операции.

Летальных исходов после эндопротезирования коленного сустава не было.

Другими тяжелыми осложнениями были глубокие нагноения, которые развились после эндопротезирования коленного сустава в 3 случаях. У двух больных нагноение было купировано, а одна больная проходит лечение по поводу вялотекущего гнойного процесса. У всех больных с нагноениями эндопротезы коленного сустава были удалены, после чего у одного из них произведен артродез коленного сустава.

ва. Вторая больная вместо эндопротеза пользуется, так называемым, спейсером - цементной вставкой, заполняющей пространство коленного сустава вместо удаленного импланта.

У 94% оперированных больных отдаленные результаты после эндопротезирования коленного и тазобедренного сустава в сроки от полугода до 3 лет расценены как отличные и хорошие; у всех исчезли боли, восстановлена или улучшена функция опоры и передвижения, восстановлена или улучшена способность к самообслуживанию.

В нашу ближайшую задачу входит тщательный анализ упомянутых выше осложнений и дальнейшее совершенствование на их примере показаний и противопоказаний к подобным операциям, предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных, улучшение техники операций.

Неизбежно возникает вопрос, что же делать с теми больными, которые не в состоянии приобрести дорогостоящие эндопротезы? В отношении коленного сустава у больных РА нами разработана альтернативная эндопротезированию резекционная артропластика, которая при соблюдении соответствующих пока-

заний дает длительные и вполне удовлетворительные результаты. В финансовом отношении эта операция вне конкуренции с указанным выше дорогостоящим лечением. При гонартрозах мы производили разгрузочные корригирующие высокие остеотомии большой берцовой кости, после которых в 65% случаев были достигнуты хорошие и удовлетворительные отдаленные результаты.

Заключение. Предварительный анализ нашего клинического материала, касающегося эндопротезирования коленного и тазобедренного суставов, показал, что хирургическое лечение возможно при большинстве ревматических заболеваний, приводящих к поражению этих крупных суставов. Риск фатальных и других серьезных осложнений может быть снижен при условии дальнейшего совершенствования показаний и противопоказаний, методов обезболивания, предоперационной подготовки и техники операций.

Более длительное прослеживание отдаленных результатов, возможно, подтвердит правильность избранного нами принципа установки надежных, хотя и дорогостоящих имплантов, о чем мы планируем сообщать в будущем.

Summary

Analysis of 100 patients with rheumatic diseases after surgery of knee and hip joints carried out at the clinical department of the Institute of Rheumatology was done. Some details of surgical technique of endoprosthesis, short and long term results of the treatment are described.

Key words: *endoprosthesis of knee and hip joints.*

Поступила 10.10.2000 г.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ В РЕВМАТОЛОГИИ

УДК: (616. 71-007. 234)-073. 75

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Р.М.Балабанова

Институт ревматологии (дир.- академик РАМН В.А.Насонова) РАМН, Москва

В последние годы для реализации Федерального закона « О лекарственных средствах» МЗ РФ проведена большая работа. Утверждены Правила проведения качественных клинических испытаний GCP в РФ, Правила государственной регистрации лекарственных

средств, введен в действие Государственный реестр лекарственных средств, проводится лицензирование медицинских учреждений, которые могут осуществлять испытание лекарственных средств, создан Комитет по этике, в задачу которого входит защита прав пациен-