

УДК 616.728.2-089.843:616.71-007.234

Д.А. Синегубов

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ
ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА
В УСЛОВИЯХ ОСТЕОПЕНИИ И ОСТЕОПОРОЗА
У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

Проведен анализ результатов лечения 64 пациентов (49 женщин и 15 мужчин) с ревматоидным артритом, которым выполнено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. Оценены рентгеноантропометрические параметры тазобедренного сустава (кортикальный индекс Barnett–Nordin, морфокортикальный индекс, индекс Споторно–Романьоли, индекс Noble, тип канала проксимального отдела бедренной кости по L. Dogt с соавт.). Установлено, что у 41 пациента (64,1 %) отмечались признаки остеопении, у 23 пациентов (35,9 %) – рентгенологические признаки остеопороза. Определено, что при планировании выбора конструкции ножки и типа ее фиксации целесообразно учитывать показатели нескольких рентгеноантропометрических параметров проксимального отдела бедренной кости. Выполнено 90 операций эндопротезирования тазобедренного сустава, у 26 пациентов выполнено двустороннее эндопротезирование. По типу фиксации бесцементное эндопротезирование тазобедренного сустава выполнено в 77 случаях (85,6 %), цементное – в 10 (11,1 %), гибридная фиксация компонентов эндопротеза применена в 3 случаях (3,3 %). Применяли тактику ранней активизации пациентов после операции с приемом базисной терапии и остеотропных препаратов. Ревизионные операции выполняли в 4 случаях (4,4 % от общего количества операций). Показано, что после операции эндопротезирования функция тазобедренного сустава составила от 74 до 88 баллов по шкале Харриса, в среднем (80,5±7,2) балла. Таким образом, операция эндопротезирования позволяет купировать болевой синдром, увеличить объем движений, восстановить функцию тазобедренного сустава и улучшить качество жизни у пациентов с ревматоидным артритом. При планировании операции эндопротезирования важным условием является оценка рентгеноантропометрических параметров тазобедренного сустава, что позволяет правильно выбрать соответствующую конструкцию бедренного компонента и тип фиксации. Тактика ранней активизации пациентов после операции, регулярный прием базисных и остеотропных препаратов, клинический и рентгенологический контроль в динамике и совместное ведение пациента ортопедом-травматологом и ревматологом позволяют получить стойкие хорошие результаты лечения.

Ключевые слова: тазобедренный сустав, ревматоидный артрит, эндопротезирование, остеопороз.

Операция тотального эндопротезирования является методом выбора при лечении тяжелых форм патологии тазобедренного сустава. Эффективность данного оперативного вмешательства по купированию болевого синдрома и восстановлению функции в тазобедренном суставе обуславливает ежегодный

рост количества эндопротезирований [1–5]. Сегодня в мире ежегодно выполняется свыше 1 000 000 операций тотального эндопротезирования тазобедренного сустава [2, 6, 7] и по популярности и распространенности эндопротезирование названо «операцией столетия» [8, 9]. В ряде случаев эндопротезиро-

© Д.А. Синегубов, 2015

вание тазобедренного сустава выполняется в условиях остеопении и остеопороза, и в будущем количество таких операций будет увеличиваться [10–14]. К таким заболеваниям, при которых поражение тазобедренного сустава сочетается со снижением минеральной плотности костной ткани, относится ревматоидный артрит – системное аутоиммунное воспалительное заболевание, при котором быстро развиваются морфологические и функциональные нарушения, что приводит к инвалидизации пациентов [15–21]. В течение первых трех лет с момента установления диагноза ревматоидного артрита более 80 % больных теряют работу, а в течение первых пяти лет болезни более 40 % становятся инвалидами [22, 23]. Особенностью ревматоидного артрита является сочетание локального околоуставного остеопороза и системного снижения минеральной плотности кости [19, 20]. Системный характер ревматоидного поражения суставов приводит к формированию деформаций, нарушению оси конечности, развитию контрактур и анкилозов. Это создает ряд особенностей выбора конструкций эндопротезов и метода фиксации компонентов, техники выполнения операции эндопротезирования, послеоперационного ведения пациентов и разработки реабилитационных программ.

Целью настоящей работы было формирование основных подходов к дифференцированному эндопротезированию тазобедренного сустава в условиях остеопении и остеопороза и изучение результатов эндопротезирования тазобедренного сустава у пациентов с ревматоидным артритом.

Материал и методы. В клинике кафедры травматологии и ортопедии Днепропетровской медицинской академии на базе отделения ортопедии № 2 Днепропетровской областной клинической больницы им. И.И. Мечникова за период с января 2002 года по июнь 2015 года на лечении находилось

64 пациента с ревматоидным артритом, которым выполняли операции эндопротезирования тазобедренного сустава. Все пациенты были обследованы перед операцией и в сроки 3, 6 и 12 мес после операции. Выполняли клиническое обследование, изучали статико-динамическую функцию нижних конечностей: двухопорное вертикальное стояние методом статометрии, функцию ходьбы – с помощью компьютерного анализа. Степень изменений минеральной плотности костной ткани определяли методом двухфотонной денситометрии. С помощью рентгенантропометрических характеристик изучали состояние костной ткани в области установки эндопротеза тазобедренного сустава.

Результаты и их обсуждение. В наблюдаемой группе было 49 женщин (76,6 %) и 15 мужчин (23,4 %). Возраст мужчин варьировал от 24 до 63 лет, средний возраст составил $(44,2 \pm 12,9)$ года. Возраст женщин составил от 21 до 70 лет, средний возраст – $(48,4 \pm 13,9)$ года (табл. 1).

Пациенты были разделены согласно классификации ревматоидного артрита Е.Т. Скляренко – В.И. Стецулы [2]: II стадия 2 фаза отмечалась у 3 больных, у которых на фоне ревматоидного процесса произошел медиальный перелом шейки бедренной кости (4,7 %), II стадия 3 фаза – у 38 пациентов (59,4 %), III стадия – у 23 пациентов (35,9 %). Количество вовлеченных в патологический процесс крупных суставов нижних конечностей обуславливало тяжесть клинических и функциональных нарушений. В ряде случаев у пациентов с ревматоидным артритом возникают показания к выполнению операции тотального эндопротезирования на нескольких суставах. В наблюдаемой нами группе тяжелые поражения обоих тазобедренных суставов, по поводу которых было выполнено двустороннее двухэтапное эндопротезирование, отмечались у 26 пациентов, двух тазобедренных и двух коленных

Распределение пациентов с ревматоидным артритом, которым выполняли тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава, по полу и возрасту

Пол	Возраст, лет					Всего
	21–30	31–40	41–50	51–60	61–70	
Мужчины	4	–	5	5	1	15
Женщины	6	11	8	13	11	49
Всего	19	11	13	18	12	64

суставов – у 2 пациентов, двух тазобедренных и одного коленного сустава – у 2 пациентов, одного тазобедренного сустава и двух коленных – у 4 больных.

При оценке рентгенологической картины изменений в тазобедренных суставах установлено, что наиболее типичными были: сужение суставной щели, разрежение трабекулярного рисунка, мелкокистозные изменения головки бедренной кости, дна и стенок вертлужной впадины, нарушение сферичности головки бедренной кости, истончение кортикального слоя проксимального отдела бедренной кости, тенденция к протрузионным изменениям вертлужной впадины. При анализе анамнестических данных нами выявлена прямая зависимость между длительностью, интенсивностью ревматоидного процесса и тяжестью рентгенологических изменений в области тазобедренного сустава. Так, например, по данным анамнеза наблюдаемых нами пациентов, начало ревматоидного артрита в молодом возрасте через несколько лет приводило к формированию протрузионных изменений вертлужной впадины и фиброзного анкилоза тазобедренного сустава.

Подготовку к операции и дальнейшее клиническое ведение пациентов осуществляли совместно с врачом-ревматологом, определяли характер базисной терапии, дозировку гормональных препаратов, выполняли мониторинг лабораторных показателей активности системного воспаления. Операции эндопротезирования выполняли в период клинической и лабораторной ремиссии ревматоидного процесса.

Всем пациентам выполнены операции тотального эндопротезирования – всего 90 операций эндопротезирования тазобедренного сустава (у 26 пациентов – двустороннее эндопротезирование). Эндопротезы ОРТЭН были использованы в 82 операциях (91,1 % от всех операций), ИНАМЕД (Украина) – в 2 случаях (2,2 %), в остальных 6 случаях устанавливали эндопротезы зарубежных конструкций. По типу фиксации бесцементное эндопротезирование тазобедренного сустава выполнено в 77 случаях (85,6 %), цементное – в 10 (11,1 %), гибридная фиксация компонентов эндопротеза применена в 3 случаях (3,3 %).

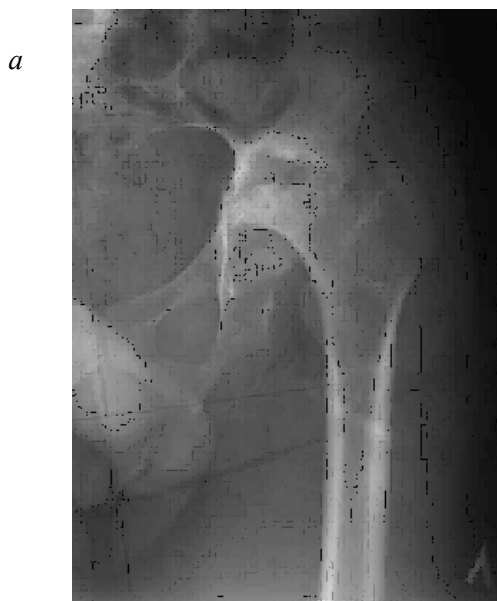
На этапе предоперационного планирования на основании анализа рентгенограмм 90 тазобедренных суставов определяли вид конструкции компонентов эндопротеза и тип фиксации. Основными рентгенантропометрическими критериями были кортикальный индекс Barnett–Nordin (КИ), морфокортикальный индекс (МКИ), индекс Споторно–Романьоли, индекс Noble, тип канала проксимального отдела бедренной кости по L. Dorr et al. [2]. МКИ рассчитывали по рентгенограмме тазобедренного сустава и определяет ширину костно-мозгового канала в его проксимальной части. В то же время он входит в состав интегрального индекса Споторно–Романьоли, который учитывает пол пациента, возраст, индекс остеопороза Сингха и значения МКИ (он же индекс Споторно). Суммирование показателей в баллах позволяет предположить тип фиксации эндопротеза (цементный или бесцементный). Для определения степени снижения минеральной плотности костной ткани выполняли двухфотонную денситометрию проксимального отдела бедренной кости.

Следует отметить, что по нашим расчетам интегральный индекс Споторно–Романьоли в 89,1 % наблюдений (57 пациентов) был выше 6,0, что указывало на наличие у наблюдаемых пациентов признаков снижения костной плотности в области проксимального отдела бедренной кости различной степени выраженности. Однако целесообразно при планировании выбора конструкции ножки и типа ее фиксации учитывать показатели нескольких рентгенантропометрических параметров проксимального отдела бедренной кости.

Таким образом, на основании характеристик рентгенантропометрических параметров проксимального отдела бедренной кости у пациентов с ревматоидным артритом нами было установлено, что у 41 пациента (64,1 %) отмечались признаки остеопении, у 23 (35,9 %) – рентгенологические признаки остеопороза.

В подавляющем большинстве наблюдений (62 сустава, 68,9 %) форма проксимального отдела канала бедренной кости соответствовала типу В по Dorr et al., КИ находился в пределах 45,2–49,1 %, МКИ был в пределах 1,52–1,60, индекс Noble – 3,35–3,62.

В таких случаях устанавливали бесцементные ножки ОРТЭН с метафизарно-диафизарной фиксацией (рис. 1).



ких параметрах проксимального отдела бедренной кости, приближенных к конической форме костно-мозгового канала, на что ука-

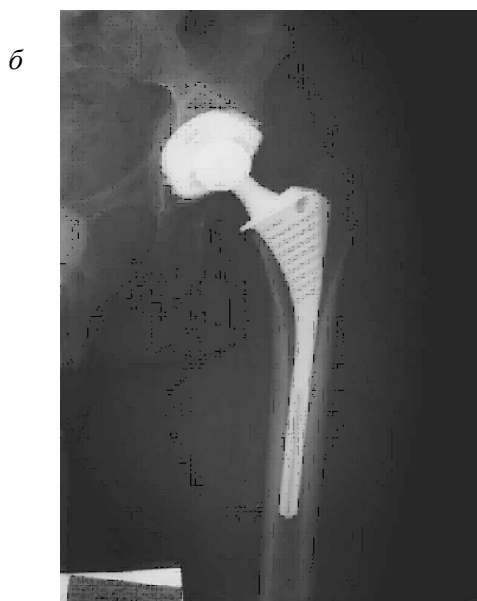


Рис. 1. Рентгенограммы больного А., 42 лет, с ревматоидным артритом до операции (*a*) и после тотального эндопротезирования сустава бесцементной системой ОРТЭН с установкой ножки с метафизарно-диафизарной фиксацией (*б*)

Более высокие значения КИ в пределах от 49,4 до 52,5 %, сохранение формы проксимального канала типа В по Dogt et al., значения МКИ в пределах 1,60–1,65, индекс Noble – 3,5–4,1 служили показаниями к установке бесцементной ножки ОРТЭН с метафизарной фиксацией (9 операций, 10 %).

Коническую бесцементную ножку устанавливали при рентгенантропометричес-

зывают высокие значения кортикального индекса (52,6–56,3 %), МКИ (1,67–1,72) и индекса Noble (4,2–4,4). В данной группе преобладал тип А костно-мозгового канала по Dogt. В наблюдаемой группе пациентов в 3 (3,3 %) случаях мы установили конические бесцементные ножки ОРТЭН (рис. 2), в 2 случаях – конические ножки конструкций зарубежных фирм.



Рис. 2. Рентгенограммы больной В., 45 лет, с ревматоидным артритом до операции (*a*) и после тотального эндопротезирования сустава бесцементной системой ОРТЭН с установкой конической ножки (*б*)

Конические цементные ножки устанавливали в 10 случаях, в том числе в 5 случаях – конструкции ОРТЭН. При этом средние значения КИ находились в пределах 40,7 – 45,1 %, МКИ Споторно – 2,2–2,4, индекс Noble – 2,9–3,2. В 4 случаях цементную ножку с метафизарно-диафизарной фиксацией ОРТЭН устанавливали при КИ ниже 40 %, МКИ Споторно – ниже 2,2, индекса Noble – ниже 2,9.

С учетом рентгенологической оценки вертлужной впадины в 75 случаях (83,3 %) устанавливали бесцементные ввинчивающиеся чашки ОРТЭН. При этом в 22 случаях в связи с протрузионными изменениями дна вертлужной впадины различной степени выраженности выполняли пластику дефекта измельченным аутоспонгиозным трансплантатом, взятым из резецированной головки (рис. 3).

чинали ходьбу с дозированной нагрузкой на оперированную конечность с использованием средств дополнительной опоры. Полная нагрузка разрешалась через 6–8 недель после операции в зависимости от выбранного типа фиксации. У пациентов с ревматоидным артритом функциональные нарушения в других пораженных суставах нижних конечностей приводили к тому, что при вертикальном стоянии уже с первой недели после операции эндопротезирования тазобедренного сустава отмечалась тенденция к ранней нагрузке на оперированную конечность. При этом восстановление параметров походки у пациентов наблюдаемой группы зависело от сопутствующих ревматоидных деформаций стоп, изменений в контрлатеральном тазобедренном суставе, коленных суставах, что подтверждалось данными компьютерного исследования походки

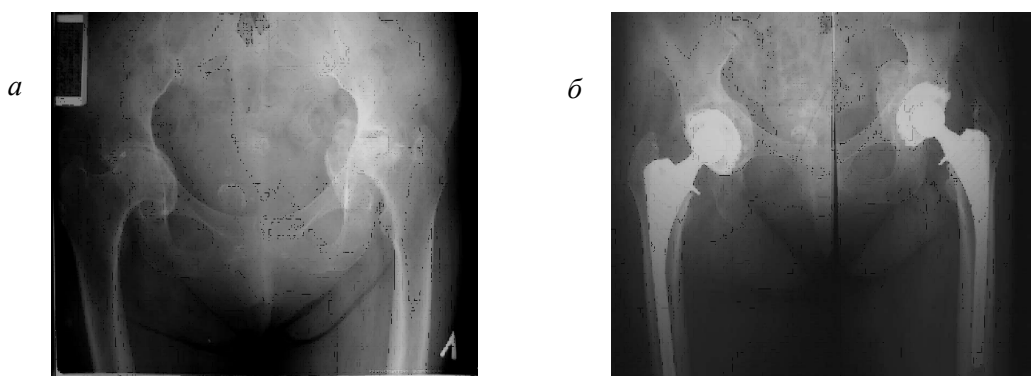


Рис. 3. Рентгенограммы больной Б., 52 лет, с ревматоидным артритом с двусторонними протрузионными изменениями вертлужной впадины до (а) и после двустороннего двухэтапного эндопротезирования бесцементной системой ОРТЭН с пластикой дна костными ауто трансплантатами (б)

В 5 случаях (5,6 %) при отсутствии признаков выраженного снижения костной плотности, сохранении сферичности вертлужной впадины, отсутствии протрузионных изменений молодым пациентам устанавливали запрессовываемые чашки.

Цементные чашки были установлены в 9 случаях (10 %). В одном случае при значительных деструктивных изменениях вертлужной впадины, обусловленных агрессивным течением ревматоидного процесса, выполнили установку антипротрузионного кольца Мюллера и цементной чашки ОРТЭН.

В послеоперационном периоде пациенты активизировались на 2-е–3-и сутки и на-

в динамике. Изучив динамику восстановления функции опоры и ходьбы, мы установили, что равномерное распределение нагрузки на обе нижние конечности наблюдается к 4–6-й неделе с момента операции, восстановление параметров ходьбы происходило в сроки от 6 до 12 месяцев. Важной составляющей послеоперационного восстановительного лечения был прием пациентами препаратов базисной терапии, назначенной ревматологом, а также остеотропной терапии. Пациенты принимали курсы остеотропных препаратов продолжительностью от 6 до 10 мес, затем после непродолжительного перерыва рекомендовалось повторить курс лечения. Критериями эффективности терапии ос-

теопении и остеопороза были отсутствие клинических и рентгенологических признаков нестабильности компонентов эндопротеза в ближайшие и отдаленные сроки после операции.

Результаты лечения изучены в сроки от 6 мес до 13 лет. Ревизионные операции выполняли в 4 случаях (4,4 % от общего количества операций): в 1 случае – замена бесцементной чашки на антипротрузионное кольцо, в 2 случаях – ревизия ножек – бесцементной и цементной, в 1 случае – замена пары трения. Сроки, прошедшие с момента первичной операции до ревизии, составили от 6 до 9 лет.

Оценив результаты лечения по шкале Харриса в наблюдаемой группе пациентов, мы установили, что до операции функция пораженного тазобедренного сустава оценивалась от 7 до 37 баллов, в среднем (21,4±12,3) балла. После операции эндопротезирования оценка функции тазобедренного сустава составила от 74 до 88 баллов, в среднем (80,5±7,2) балла. Следует отметить, что

на оценку функции оперированного тазобедренного сустава оказывали влияние степень функциональных нарушений в других суставах нижних конечностей, возраст пациентов и длительность течения ревматоидного процесса.

Таким образом, операция эндопротезирования позволяет купировать болевой синдром, увеличить объем движений, восстановить функцию тазобедренного сустава и улучшить качество жизни у пациентов с ревматоидным артритом. При планировании операции эндопротезирования важным условием является оценка рентгенантропометрических параметров тазобедренного сустава, что позволяет правильно выбрать соответствующую конструкцию бедренного компонента и тип фиксации. Тактика ранней активизации пациентов после операции, регулярный прием базисных и остеотропных препаратов, клинический и рентгенологический контроль в динамике и совместное ведение пациента ортопедом-травматологом и ревматологом позволяют получить стойкие хорошие результаты лечения.

Список литературы

1. Волошин В. П. Эндопротезирование тазобедренного сустава в условиях дефицита костных структур вертлужной впадины / В. П. Волошин, Г. А. Оноприенко, Д. В. Мартыненко // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2008. – № 8. – С. 52–56.
2. Эндопротезирование тазобедренного сустава : монография / [А. Е. Лоскутов, Л. Ю. Науменко, О. А. Лоскутов и др.]. – Днепропетровск : Лира, 2010. – 344 с.
3. Ревизионное эндопротезирование при асептической нестабильности вертлужного компонента / Г. М. Кроитор, М. И. Дарчук, О. П. Пулбере [и др.] // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2008. – № 4. – С. 67–70.
4. *Schwarzkopf R.* Simultaneous bilateral total hip arthroplasty with hydroxyapatite-coated implants: a 20-year follow-up / R. Schwarzkopf, P. Olivieri, W. L. Jaffe // *J. Arthroplasty.* – 2012. – V. 27, № 7. – P. 1364–1369.
5. What's new in total hip arthroplasty / M. H. Huo, G. D. Dumont, J. R. Knight, M. A. Mont // *J. Bone Joint Surg.* – 2011. – V. 93-A. – P. 1944–1950.
6. A review of current fixation use and registry outcomes in total hip arthroplasty: the uncemented paradox / A. Troelsen, E. Malchau, N. Sillesen, H. Malchau // *Clin. Orthop. Relat. Res.* – 2013. – V. 471, № 7. – P. 2052–2059.
7. *Callaghan J. J.* The adult hip / J. J. Callaghan, A. G. Rosenberg, H. E. Rubash. – Philadelphia : Lippincott W., 2007. – 792 p.
8. *Бабова И. К.* Особенности реабилитации больных после эндопротезирования тазобедренного сустава / И. К. Бабова // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2011. – № 3. – С. 49–52.
9. *Learmonth I. D.* The operation of the century: total hip replacement / I. D. Learmonth, C. Young, C. Rorabeck // *Lancet.* – 2007. – V. 370. – P. 1508–1519.
10. *Лоскутов А. Е.* Эндопротезирование тазобедренного сустава при ревматоидном артрите / А. Е. Лоскутов // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2007. – № 2. – С. 78–81.

11. Cemented versus cementless total hip replacements in patients fifty-five years of age or older with rheumatoid arthritis / K. T. Makela, A. Eskelinen, P. Pulkkinen [et al.] // *J. Bone Joint Surg.* – 2011. – V. 93-A, № 2. – P. 178–186.
12. *Clement N. D.* Lower limb joint replacement in rheumatoid arthritis / N. D. Clement, S. J. Breusch, L. C. Biant // *J. Orthop. Surg. Res.* – 2012. – V. 7. – P. 27–32.
13. Projections of primary and revision hip and knee arthroplasty in the United States from 2005 to 2030 / S. Kurtz, K. Ong, E. Lau [et al.] // *J. Bone and Joint Surgery.* – 2007. – V. 89-A. – P. 780–785.
14. The prevalence of osteoporosis in patients with severe hip and knee osteoarthritis awaiting joint arthroplasty / E. A. Lingard, S. Y. Mitchell, R. M. Francis [et al.] // *Age Ageing.* – 2010. – V. 39, № 2. – P. 234–239.
15. *Герасименко С. І.* Клініко-біомеханічні особливості розвитку деформації нижніх кінцівок у хворих на ревматоїдний артрит / С. І. Герасименко // *Вісник ортопедії, травматології та протезування.* – 2002. – № 3. – С. 80–81.
16. *Головач І. Ю.* Ревматоїдний артрит та остеопороз: вплив активності запального процесу та тривалості перебігу захворювання / І. Ю. Головач // *Практична медицина.* – 1999. – № 1–2. – С. 70–74.
17. Досвід ревізійного ендопротезування кульшового суглоба при асептичній нестабільності ендопротеза / О. М. Косяков, О. О. Коструб, П. В. Булич [та ін.] // *Ортопедия, травматология и протезирование.* – 2008. – № 1. – С. 26–29.
18. *Зайцева Т. В.* Оценка качества жизни больных с ревматоидным артритом / Т. В. Зайцева, Г. Г. Багирова // *Терапевтический архив.* – 2000. – № 12. – С. 38–41.
19. *Клубова А. Ф.* Особенности состояния костной системы у больных с ревматоидным артритом / А. Ф. Клубова // *Український медичний часопис.* – 2001. – № 5 (25). – С. 116–118.
20. Минеральная плотность костной ткани у больных ревматоидным артритом / Д. А. Гускоян, Е. Л. Насонов, Р. М. Балабанова, А. В. Смирнов // *Терапевтический архив.* – 2001. – № 12. – С. 68–70.
21. Intermediate- to long-term results after hybrid total hip arthroplasty in patients with rheumatoid arthritis / H. Ito, H. Tanino, Y. Yamanaka [et al.] // *J. Arthroplasty.* – 2013. – V. 28, № 2. – P. 309–314.
22. *Лысенко Г. И.* Новая парадигма диагностики и лечения ревматоидного артрита / Г. И. Лысенко, Л. В. Химион, И. В. Крикливый // *Сімейна медицина.* – 2007. – № 1. – С. 21–26.
23. Тяжелый вариант течения ревматоидного артрита / Н. В. Чичасова, Г. Р. Имаматдинова, Е. В. Иголкина, С. А. Владимиров // *Лечащий врач.* – 2009. – № 4. – С. 44–49.

Д.А. Синьгубов

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНЕ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА ЗА УМОВ ОСТЕОПЕНІЇ ТА ОСТЕОПОРОЗУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Проведено аналіз результатів лікування 64 пацієнтів (49 жінок та 15 чоловіків) з ревматоїдним артритом, яким виконано тотальне ендопротезування кульшового суглоба. Оцінено рентгенантропометричні параметри кульшового суглоба (кортикальний індекс Barnett–Nordin, морфокортикальний індекс, індекс Споторно–Романьолі, індекс Noble, тип каналу проксимального відділу стегнової кістки за L. Dogg зі співавт.). Встановлено, що у 41 пацієнта (64,1 %) відмічалися ознаки остеопенії, у 23 пацієнтів (35,9 %) – рентгенологічні ознаки остеопорозу. Визначено, що при плануванні вибору конструкції ніжки та типу її фіксації доцільно враховувати показники декількох рентгенантропометричних параметрів проксимального відділу стегнової кістки. Виконано 90 операцій ендопротезування кульшового суглоба, 26 пацієнтам виконано двобічне ендопротезування. За типом фіксації безцементне ендопротезування кульшового суглоба виконано у 77 випадках (85,6%), цементне – у 10 (11,1 %), гібридна фіксація компонентів ендопротезу застосована у 3 випадках (3,3 %). Використовували тактику ранньої активізації пацієнтів після операції з прийомом базисної терапії та остеотропних препаратів. Ревізійні операції виконували у 4 випадках (4,4 % від загальної кількості операцій). Показано, що після операції ендопротезування функція кульшового суглоба сягала від 74 до 88 балів за шкалою Харіса, в середньому (80,5±7,2) бала. Таким чином, операція ендопротезування дозволяє усунути больовий синдром, збільшити об'єм

рухів, відновити функцію кульшового суглоба та покращити якість життя у пацієнтів з ревматоїдним артритом. При плануванні операції ендопротезування важливою умовою є оцінка рентгенантропометричних параметрів кульшового суглоба, що дозволяє правильно вибрати відповідну конструкцію стегнового компонента і тип фіксації. Тактика ранньої активізації пацієнтів після операції, регулярний прийом базисних та остеотропних препаратів, клінічний і рентгенологічний контроль у динаміці та сумісне ведення хворого ортопедом-травматологом і ревматологом дозволяє отримати стійкі добрі результати лікування.

Ключові слова: кульшовий суглоб, ревматоїдний артрит, ендопротезування, остеопороз.

D.A. Sinigubov

DIFFERENTIATED HIP JOINT REPLACEMENT IN OSTEOPENIA AND OSTEOPOROSIS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

The analysis of the results of treatment of 64 patients (49 females and 15 males) with rheumatoid arthritis which were undergone total hip replacement was performed. Roentgen-anthropometric parameters of the hip (cortical index Barnett–Nordin, morpho-cortical index, index Spotorno–Romagnoli, type of the femoral canal according to L. Dorr et al.) were evaluated. It was determined, that in 41 patient (64,1 %) were the signs of osteopenia, and in 23 patients (35,9 %) were the roentgenological symptoms of osteoporosis. It was estimated, that in planning of the kind of construction and the type of fixation it is worth while to note the data of few roentgen-anthropometrical parameters of the proximal part of the femur. The 90 operations of total hip replacement was performed, including the bilateral operations in 26 patients. The cementless hip replacement was performed in 77 cases (85,6 %), cemented was performed in 10 cases (11,1 %), hybrid fixation of the components of endoprosthesis was performed in 3 cases (3,3 %). The tactics of early activation of patients after operation was used with the basic therapy and taking of remedies which had improved bone metabolism. Revision surgeries were performed in 4 cases (4,4 % from the total amount of operations). It was revealed, that after hip replacement surgery the function of the hip was from 74 up to 88 points according to Harris scale, the average data (80,5±7,2) points. That's why total hip replacement allows to relief the pain syndrome, increase the range of motions, restore the function of the hip and improve the quality of life of patients with rheumatoid arthritis. During the planning of the hip replacement surgery the important moment is the evaluation of the roentgen-anthropometrical parameters of the hip joint, which allows choosing the corresponding construction of the femoral component and the type of fixation. The tactics of early activation of patients after surgery, the regular taking of the basic remedies and remedies which are improved the bone metabolism, also the systematic clinical and roentgenological control in dynamics, the common observation of patients by rheumatologists and orthopedic surgeon allow to receive the steadfast favorable results of treatment.

Key words: hip joint, rheumatoid arthritis, hip joint replacement, osteoporosis.

Поступила 17.06.15