



УДК 616.72-002:615.472.2

Протезирование суставов как эффективный метод повышения качества жизни пациентов с ревматоидным артритом

С.А. ЛАПШИНА, И.Ф. АХТЯМОВ, Л.И. МЯСОУТОВА, Р.Г. МУХИНА

Казанский государственный медицинский университет
Городской центр ревматических заболеваний и остеопороза, г. Казань
Городская клиническая больница № 7, г. Казань
Республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань

Лапшина Светлана Анатольевна

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной терапии КГМУ

420064, г. Казань, ул. Оренбургский Тракт, д. 138

тел. 8-987-290-15-65, e-mail: svetlanalapshina@mail.ru

Быстрое прогрессирование деструктивного процесса в суставах при ревматоидном артрите (РА) нередко приводит к необходимости эндопротезирования суставов, которое показано каждому восьмому больному (13%) в России. Вопросы периоперационного ведения таких больных являются спорными. С одной стороны, базисные болезнь-модифицирующие и генно-инженерные биологические препараты позволяют снизить активность РА перед операцией и обеспечивают раннюю активизацию больного после операции, с другой стороны, данные препараты могут увеличить риск инфекционных осложнений.

В статье приводится клиническое наблюдение пациентки с быстропрогрессирующим активным РА после протезирования тазобедренных суставов, на примере которого показана эффективность рационального комбинирования консервативных и оперативных методов лечения, что позволило сохранить функцию суставов и улучшить качество жизни.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, эндопротезирование суставов.

Joint replacement as an effective method to improve the quality of life of patients with rheumatoid arthritis

S.A. LAPSHINA, I.F. AKHTYAMOV, L.I. MYASOUTOVA, R.G. MUKHINA

Kazan State Medical University
Urban center of rheumatic diseases and osteoporosis, Kazan
City clinical hospital № 7, Kazan
Republican Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, Kazan

The rapid progression of destructive process in the joints in case of rheumatoid arthritis (RA) often leads to the need for joint replacement, which is prescribed for every eighth patient (13%) in Russia. The perioperative treatment of such patients is a point at issue. On the one hand, the basic disease-modifying and genetically engineered biologic drugs can reduce the activity of RA before the surgery and provide the early recovery of the patient after the operation, on the other hand, these drugs can increase the risk of infectious complications.

The article provides a clinical surveillance of patient with rapidly progressive RA after prosthesis of hip joints, by an example of which is proved the effectiveness of the rational combination of conservative and operative treatment methods, allowing to maintain joint function and improve the quality of life.

Key words: rheumatoid arthritis, joint replacement.

Ревматоидный артрит (РА) — хроническое аутоиммунное воспалительное заболевание суставов, представляющее серьезную социальную и экономическую проблему во всех странах мира. Его частота составляет 0,5-1,5% среди взрослого населения, а экономические потери приближаются к таковым при ишемической болезни сердца. Ущерб, наносимый этим заболеванием обществу, обусловлен ранней инвалидизацией пациентов, которая при отсутствии своевременно начатой активной терапии может наступать в первые 5 лет от дебюта заболевания [1]. Согласно рекомендациям EULAR по ведению пациентов с РА (2010) ключевым моментом лечения является раннее назначение синтетических болезнь-модифицирующих противоревматических препаратов (БПВП), в частности метотрексата [2, 3]. В то же время при безусловной эффективности подобной терапии применение метотрексата и других синтетических БПВП не всегда позволяет замедлить прогрессирование деструктивного процесса в суставах и добиться ремиссии РА [1, 4, 5], которая является целью лечения согласно концепции Treat to Target [2].

Даже такие современные консервативные методы лечения, как генно-инженерные биологические препараты (ГИБП), в ряде случаев не позволяют затормозить деструктивный процесс в суставах, особенно на поздних стадиях заболевания [6, 7]. Часто при тяжелом варианте течения заболевания на первый план выступает прогрессирующее поражение крупных суставов, в первую очередь коленных и тазобедренных. Нарушение функции суставов, затруднение или невозможность выполнения пациентами привычной деятельности в повседневной жизни, пожизненный прием лекарственных препаратов в конечном итоге приводят к необходимости оперативного лечения — эндопротезированию суставов (ЭП) [8].

В России каждому восьмому больному РА (13%) показано ЭП суставов в среднем через 13 лет от начала болезни [9]. Чаще нуждаются в ЭП пациенты, которым диагноз РА был установлен в 80–90-е годы 20-го столетия по сравнению с теми, кому РА выставили позднее, в начале 21-го века. Подобная ситуация объясняется более ранним установлением диагноза и назначением БПВП, появлением нового класса препаратов — ГИБП [10]. Несмотря на это, потребность в ЭП остается высокой, так как деструкция крупных суставов часто возникает еще до назначения терапии ГИБП, а некоторые пациенты уже имеют протезированные суставы в период назначения данной терапии [7, 10].

Согласно ряду работ ЭП позволяет не только купировать боль, но и существенно улучшать функциональные возможности больных, повышая их качество жизни (КЖ) [8].

В то же время операции на крупных суставах при наличии активного РА представляют сложную задачу. Наиболее распространенными осложнениями ЭП суставов являются: инфекция протезированного сустава (ИПС), нестабильность компонентов эндопротеза и связочного аппарата, периостальные и перипротезные переломы, тромбоз и тромбоэмболия [11–13], что приводит к длительной госпитализации, необходимости проведения сложных ревизионных операций, повышает риск смертности пациентов. Несмотря на превентивную антибактериальную терапию, риск инфекционных осложнений при ЭП тазобедренного сустава составляет 1%, а при ЭП коленного сустава — 2% [14].

Остается спорным вопрос о тактике ведения больных, получающих БПВП в периоперационном периоде. На сегодняшний день считают целесообразным использование непрерывной схемы приема метотрексата у хирургических пациентов, в исследованиях демонстри-

руют не только отсутствие увеличения риска инфекционных послеоперационных осложнений, но и снижение активности РА после проведения ЭП у больных, не прекрывавших терапию метотрексатом [15].

Известно, что у пациентов, получающих терапию ингибиторами ФНО α , увеличивается риск развития туберкулеза и других оппортунистических инфекций, в том числе бактериальных [16], однако остается неясным, влияет ли данная терапия на частоту развития послеоперационных инфекционных осложнений и в какие сроки после операции можно возобновить терапию ГИБП [17].

Таким образом, существует много вопросов периоперационного ведения и особенностей операционных вмешательств у больных РА, данные литературы по этой проблеме малочисленны и часто противоречивы.

Клиническое наблюдение

Пациентка Л., 48 лет, наблюдается в Городском ревматологическом центре с диагнозом: Серопозитивный ревматоидный артрит, полиартрит, активность высокой степени, АЦЦП +, развернутая стадия: рентген-стадия 4, ФК 2, с висцеральными проявлениями (полинейропатия, ревматоидные узелки). Состояние на глюкокортикоидной терапии. Вторичный остеопороз смешанного генеза (постменопаузальный — ранняя менопауза, результат системного заболевания (РА), глюкокортикоидный), тяжелой степени, низкоэнергетические переломы правой лучевой кости и левой лодыжки в анамнезе, с высоким риском последующих переломов по FRAX.

Из анамнеза — ревматоидный артрит с 1997 года, с быстрым вовлечением многих суставов, развитием деформаций и системными проявлениями (анемия, амиотрофия, ревматоидные узелки). В качестве базисного препарата назначен метотрексат 7,5 мг/неделю с последующим увеличением дозы до 10 мг/неделю, на фоне приема — тошнота, при повышении дозы до 15 мг/неделю у пациентки появлялась рвота, отмечено ухудшение функции печени с повышением печеночных ферментов в 2 раза, препарат отменен. Пациентка переведена на лефлуномид 20 мг в день, который принимала 8 месяцев без существенного эффекта. С 1997 года принимает также преднизолон 30 мг в день, с последующим снижением до 15 мг в день, периодически проводится пульс-терапия ГКС. В 2001 году, учитывая высокую активность и быстрое прогрессирование РА, возобновлен прием метотрексата в дозе 7,5 мг в неделю. На фоне приема цитостатиков (метотрексат) и ГКС — периодически обострение инфекции дыхательных путей и мочеполовой системы, что ограничивало увеличение дозы метотрексата. Учитывая сохраняющуюся активность, с 2002 года назначен инфликсимаб (3мг/кг), который пациентка получала по 2004 год с положительным эффектом (купированы боли, скованность, DAS28=2,9). В связи с сохранением низкой активности РА и по экономическим соображениям терапия инфликсимабом была отменена. После отмены инфликсимаба клинический эффект сохранялся 2 года. С 2006 года пациентка стала отмечать постепенное увеличение интенсивности боли в суставах и снижение объема движений. В 2008 году выявлены признаки асептического некроза головок бедренных костей, подтвержденные рентгенографически (рис. 1). Операция эндопротезирования суставов была отложена в связи с высокой клинической активностью ревматоидного артрита и наличием тяжелого остеопороза (смешанного генеза: ревматоидный артрит, стероидный, ранняя менопауза, с наличием переломов правой лучевой кости и левой лодыжки). С целью подготовки пациентки к операции принято решение о возобновлении терапии ГИБП, назначен адали-

Рисунок 1.

Асептический некроз головок бедренных костей



Рисунок 2.

Состояние после эндопротезирования обоих тазобедренных суставов



мумаб (2009 год) по 40 мг 1 раз в 2 недели подкожно. Продолжительность терапии составила 8 месяцев, на фоне терапии отмечалось значительное улучшение, с 6-го месяца отмечено уменьшение выраженности эффекта препарата (феномен «ускользания»). Препарат отменен перед плановой операцией холецистэктомии в январе 2010 года (выявлены камни желчного пузыря).

В мае 2010 года на фоне достигнутого снижения активности РА и антиостеопоретической терапии (ибандроновая кислота) проведено эндопротезирование левого тазобедренного сустава. Операция прошла без осложнений. В октябре 2010 года прооперирован правый тазобедренный сустав (рис. 2), ранний послеоперационный период осложнился гнойной инфекцией операционной раны. Назначены курсы антибиотикотерапии. Гнойный процесс послужил поводом к отмене метотрексата.

Отсутствие базисной терапии, наличие гнойного послеоперационного осложнения привело к резкому увеличению активности РА, значительному ухудшению функционального статуса с выраженным ограничением движений, невозможностью выполнять программу реабилитации после протезирования.

На май 2011 года пациентку беспокоили боли в суставах (пястнофаланговых, лучезапястных, локтевых, коленных, плюстнофаланговых) в течение дня, ноющего характера, симметричные, ограничение движений в ко-

ленных, пястнофаланговых суставах, утренняя скованность более двух часов. Определялась болезненность и деформация пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых, плечевых, локтевых, коленных, голеностопных суставов с обеих сторон с ограничением объема движений, «ревматоидные кисти», атрофия мелких мышц кистей, число болезненных суставов — 22 (из 68), число припухших суставов — 12 (из 66), DAS28=6,11, СОЭ — 38 мм/ч; СРБ — 24 мг/л; РФ — 196 МЕ/мл.

Терапия включала: метилпреднизолон 12 мг в сутки, НПВП (диклофенак), кальцитонин лосося, ибандронат, препараты кальция и витамина Д (1500 мг кальция и 800 МЕ витамина D3 в сутки), программу реабилитации.

В связи с высокой активностью РА, особенностями анамнеза (использование 2 ингибиторов ФНОα, синдром «ускользания» эффекта) и коморбидными состояниями (хронический пиелонефрит, хронический фарингит, ХОБЛ) препаратом выбора явился абатацепт. Выбор в пользу абатацепта был сделан в связи со сравнительно лучшим профилем безопасности препарата по данным систематических обзоров [19], принимая во внимание хронические инфекции и частые инфекции в анамнезе у пациентки даже на фоне приема метотрексата, а также наличие гнойных осложнений в раннем послеоперационном периоде после эндопротезирования правого тазобедренного сустава. Первая инфузия абатацепта (750 мг) проведена в августе 2011. Через 16 недель, после 5 инфузий абатацепта, прослежен четкий положительный клинический и лабораторный эффект: уменьшение интенсивности боли по ВАШ, числа болезненных (8) и припухших (4) суставов, длительности утренней скованности до 30 минут, значения показателя DAS28 до 4,42, СОЭ — 24 мм/ч; СРБ — 10 мг/л. Пациентка смогла вернуться к программе реабилитации после протезирования суставов.

В настоящее время, через 2 года после операции ЭП и год после начала лечения абатацептом, у пациентки сохраняется достигнутая низкая активность РА (DAS28=3,09, СОЭ — 17 мм/ч; СРБ — 3,5 мг/л), существенно увеличился объем движений в тазобедренных суставах, нет необходимости в дополнительной точке опоры (трость). Пациентке снижена доза метилпреднизолона до 2 мг в день. За указанный период не зарегистрировано ни одного нежелательного явления, не выявлено обострения хронических воспалительных и инфекционных процессов, тромботических процессов, переломов.

Заключение

Лечение пациентов с быстро прогрессирующим тяжелым течением РА, осложненного асептическим некрозом тазобедренных суставов, представляет сложную задачу. С одной стороны, своевременное ЭП позволяет сохранить функцию суставов и правильный стереотип движения. С другой, залогом успешной операции является максимальное снижение активности заболевания посредством назначения адекватных доз БПВП и ГИБП, также профилактика остеопороза [15, 17]. В то же время согласно современным рекомендациям ГИБП должны быть отменены перед операцией, а состояние низкой активности, достигнутое на такой терапии, является краткосрочным и предопределяет необходимость проведения ЭП в ограниченный временной интервал. Большинство пациентов с тяжелым течением РА нуждаются в возобновлении лечения ГИБП после операции с целью сохранения низкой активности заболевания и возможности выполнения реабилитационной программы.

Соответственно, только рациональное комбинирование всех методов лечения, как консервативных, так и оперативных, позволяет контролировать активность заболевания, сохранить функцию суставов и улучшить качество жизни пациентов с быстрым прогрессированием РА.



ЛИТЕРАТУРА

1. Ревматология: клинические рекомендации / под ред. акад. РАМН Е.Л. Насонова. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
2. Smolen J.S., Aletaha D., Bijlsma J.W. et al. Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force // *AnnRheumDis.* — 2010 Apr. — Vol. 69, № 4. — P. 631-7.
3. Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л., Тогизбаев Г. Современные принципы ведения больных ранним артритом // *ПМЖ.* — 2008. — Т. 16, № 24. — С. 1610-1615.
4. Suarez-Almazor M.E., Belseck E., Shea B. Methotrexate for treating rheumatoid arthritis // *Cochrane Database Syst Rev.* — 1998. — Vol. 2. — CD000957.
5. Osiri M., Shea B., Welch V. et al. Leflunomide for the treatment of rheumatoid arthritis // *Cochrane Database Syst Rev.* — 2002. — Vol. 3. — CD002047.
6. Greenberg J.D., Reed G., Decktor D. et al. A comparative effectiveness study of adalimumab, etanercept and infliximab in biologically naive and switched rheumatoid arthritis patients: results from the US CORRONA registry // *AnnRheumDis.* — 2012. — Vol. 71, № 7. — P. 1134-42.
7. Hetland M.L., Christensen I.J., Tarp U. et al. Direct comparison of treatment responses, remission rates, and drug adherence in patients with rheumatoid arthritis treated with adalimumab, etanercept, or infliximab: results from eight years of surveillance of clinical practice in the nationwide Danish DANBIO registry // *Arthr Rheum.* — 2010. — Vol. 62, № 1. — P. 22-32.
8. Савенкова Н.А., Амирджанова В.Н., Макаров С.А. и др. Улучшает ли эндопротезирование крупных суставов качество жизни больных ревматоидным артритом? // *Науч.-практич. ревматол.* — 2011. — № 1. — С. 69-74.
9. Галушко Е.А., Эрдес Ш.Ф., Амирджанова В.Н. Особенности диагностики ревматоидного артрита в реальной клинической практике // *Науч.-практич. ревматол.* — 2011. — № 1. — С. 21-7.
10. Амирджанова В.Н., Кайгородцева Е.Ю., Горячев Д.В. и др. Российский регистр Инфликсимаба. Влияние терапии на функциональное состояние больных ревматоидным артритом // *Науч.-практич. ревматол.* — 2010. — № 6. — С. 23-31.
11. Погожева Е.Ю., Амирджанова В.Н., Макаров С.А., Насонов Е.Л. Осложнения после эндопротезирования суставов у пациентов, получающих генно-инженерные биологические препараты // *Науч.-практич. ревматол.* — 2012. — Т. 52, № 3. — С. 43-48.
12. Белов Б.С. Бактериальный (септический) артрит и инфекция протезированного сустава: современные аспекты // *Совр. ревматол.* — 2010. — № 3. — С. 10-7.
13. Макаров С.А., Павлов В.П. Актуальные проблемы эндопротезирования тазобедренного сустава при ревматических заболеваниях (по данным зарубежной литературы за 2006–2011гг.) // *Науч.-практич. ревматол.* — 2012. — Т. 51, № 2. — С. 112-114.
14. NIH consensus conference: Total hip replacement. NIH Consensus Development Panel on Total Hip Replacement // *JAMA.* — 1995. — Vol. 273. — P. 1950-6.
15. Савенкова Н.А., Амирджанова В.Н., Макаров С.А. и др. Отменять ли базисную терапию больным ревматоидным артритом перед эндопротезированием суставов? // *Науч.-практич. ревматол.* — 2011. — № 3. — С. 46-50.
16. Tubach F., Salmon D., Ravaut P. et al. Research Axed on Tolerance of Biotherapies Group: Risk of tuberculosis is higher with anti-tumor necrosis factor monoclonal antibody therapy than with soluble tumor necrosis factor receptor therapy: The three-year prospective French Research Axed on Tolerance of Biotherapies registry // *Arthr Rheum.* — 2009. — Vol. 60. — P. 1884-94.
17. Bongartz T. Elective orthopedic surgery and perioperative DMARD management: many questions, fewer answers, and some opinions... // *JRheumatol.* — 2007. — Vol. 34. — P. 653-5.
18. Singh J.A., Wells G.A., Christensen R. et al. Adverse effects of biologics: a network meta-analysis and Cochrane overview (Review) // *Cochrane Database Syst Rev.* — 2011. — Vol. 2. — CD008794.