

ПЕРШИЙ ДОСВІД ТОТАЛЬНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КОЛІННОГО СУГЛОБА У ХВОРИХ НА ГЕМОФІЛІЮ

Авер'янов Є.В.(1), Зазірний І.М. (2), Ющенко П.В. (1), Даниленко І.В.(3)

ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ(1)

Клінічна лікарня «Феофанія», м.Київ(2)

Міська клінічна лікарня №9, м. Київ(3)

Вступ. Типовим клінічним проявом гемофілії є ураження гемартрозами великих синовіальних суглобів, на які припадає найбільше статичне та динамічне навантаження. Провідне значення в динаміці патологічної перебудови опорно-рухового апарату у хворих на гемофілію належить артропатії колінного суглоба (КС), котрий залучається до патологічного процесу ще у дитячому віці. За відсутності специфічного профілактичного лікування гемофілічна артропатія КС швидко прогресує і, у більшості випадків, до 18-20 років завершується вираженим вторинним деформуючим остеоартрозом, супроводжується значним хронічним больовим синдромом, хибними установками нижньої кінцівки, стійким порушенням функції ходи.

Матеріал та методи. За період з 2007 по 2013 рр. у відділенні хірургічної гематології та гемостазіології ДУ«ІГТНАМНУ» нами було проведено ендопротезування КС у 7 хворих на гемофілію А. Вік хворих становив від 17 до 45 років. Показанням до операції були наявність гемофілічної артропатії КС V ступеня (за міжнародною рентгенологічною класифікацією гемофілічних артропатій W.D. Arnold - M.V. Hilgartner) з ознаками фіброзного анкілозу, багатоплощинної деформації та вираженого больового синдрому.

Операцію починали після попереднього накладання пневмоджгута. Використовували передній або передньобоківий хірургічний доступ. Перед встановленням ендопротезу проводили тотальну синовектомію, економну резекцію суглобових кінців та прискіпливий хірургічний гемостаз. Встановлювали цементні та безцементні ендопротези закордонного виробництва («Zimmer» та «Stryker-Scorpio»). Операцію завершували дренажуванням порожнини суглоба активною дренажною системою. Специфічний гемостаз під час операції забезпечували шляхом трансфузій за індивідуальними схемами препаратів концентрату фактора VIII. З метою зменшення інтраопераційної крововтрати після зняття джгута проводили трансфузію препарату концентрату фактора ептаког-альфа (2,4 мг). Специфічну гемостатичну терапію продовжували проводити і у післяопераційному періоді. Дозу гемостатичних препаратів корегували з урахуванням фаз перебігу ранового процесу (катаболічна фаза, анаболічна фаза) та даних лабораторного моніторингу за прокоагулянтною активністю антигемофільного глобуліну в плазмі крові пацієнта. Розробку рухів у прооперованому суглобі та дозоване осьове навантаження на кінцівку пацієнти розпочинали з 3-7 доби. Профілактична антитромботична терапія не проводилась.

Ефективність лікування оцінювали методом аналізу інтенсивності артралгій, вимірювання об'єму активних рухів у КС, оцінки якості життя за допомогою опитувальника MOS SF-36 (The Medical Outcomes Study 36-iten Short Form Health Survey). Також проводили оцінку об'єму інтраопераційної крововтрати.

Результати. При ендопротезуванні КС у хворих на гемофілію отримано добрі та задовільні результати. Об'єм інтраопераційної крововтрати становив у середньому 378,50 мл. У післяопераційному періоді артралгії в КС у всіх пацієнтів стійко куповані. Об'єм рухів у КС через 1 міс. після операції збільшився в середньому на 35о , а через 6 міс. на 70о у порівнянні з аналогічними показниками до операції. Усі пацієнти відмітили значне збільшення рухової активності та покращення якості життя.

У трьох пацієнтів відмічено ускладнення у ранньому та пізньому післяопераційному періоді. На фоні початку розробки рухів в КС на 3 добу після операції у двох пацієнтів розвинувся напружений гемартроз. У одного пацієнта помірні гемартрози КС розпочалися через 1 міс. після операції. Ускладнення усунуто шляхом збільшення дози антигемофільних

препаратів та в одному випадку шляхом ревізії ендопротезу і проведення додаткового хірургічного гемостазу в рані.

Висновки. Тотальне ендопротезування КС у хворих на гемофілію є ефективним методом відновлення рухової активності, однак може виконуватися лише за умов наявності достатньої кількості специфічних гемостатичних трансфузійних препаратів, регулярного лабораторного моніторингу системи гемостазу та за участю фахівців гематологічної служби. Динамічне навантаження на область хірургічного втручання у хворих на гемофілію протягом першої фази ранового процесу пов'язане з небезпекою розвитку локальних кровотеч або крововиливів, що обумовлює необхідність обережно підходити до заходів активної реабілітації у ранньому післяопераційному періоді.