

2013 год в ортопедии и травматологии:

ключевые события, значимые исследования и новые клинические рекомендации

О наиболее значимых событиях и достижениях прошлого года в области ортопедии и травматологии мы попросили рассказать главного специалиста по ортопедии и травматологии МЗ Украины, заместителя директора по научной работе ГУ «Институт травматологии и ортопедии НАМН Украины», доктора медицинских наук, профессора Сергея Семеновича Страфуна.

— Сергей Семенович, какие важные международные и отечественные мероприятия в области ортопедии и травматологии, проходившие в 2013 г., стоит отметить?

— Наиболее значимым событием прошедшего года в нашей стране стал XVI съезд ортопедов-травматологов Украины, который проводился в начале октября в г. Харькове. В нем приняли участие несколько сотен специалистов из разных регионов страны, а также зарубежные гости. Помимо пленарных заседаний в рамках съезда состоялась пресс-конференция, приуроченная Всемирному дню борьбы с артритом под эгидой ВОЗ, с участием ведущих ортопедов-травматологов Украины, а также организационное, отчетно-перевыборное заседание Ассоциации ортопедов-травматологов Украины.

Помимо съезда было организовано несколько научно-практических конференций и симпозиумов всеукраинского и регионального масштаба, посвященных отдельным направлениям ортопедии и травматологии.

14-15 марта 2013 года в г. Виннице ВОО «Ассоциация травматологии и остеосинтеза» совместно с ГУ «ИТО НАМНУ» провели Научно-практическую конференцию с международным участием «Актуальные вопросы травматологии и остеосинтеза», в которой приняли участие 223 делегата. Обсуждались новые подходы к проблемам остеосинтеза.

25-26 апреля на базе ГУ «ИТО НАМНУ» (г. Киев) состоялась научно-практическая конференция «Актуальные вопросы протезирования суставов», регламент которой включал рассмотрение некоторых аспектов тактики и стратегии эндопротезирования.

29-30 апреля в г. Севастополе ВОО «Украинская ассоциация спортивной травматологии, хирургии колена и артроскопии» (ГУ «ИТО НАМНУ») провела научно-практическую конференцию. Обсуждались современные подходы к артроскопическому лечению патологии плечевого и коленного суставов.

23-24 мая Донецким научно-исследовательским институтом травматологии и ортопедии ДонГМУ им. М. Горького была организована конференция «Современные теоретические и практические проблемы остеосинтеза» с участием 300 делегатов. Обсуждались различные аспекты направлений и технологий остеосинтеза.

В конце мая 2013 г. на базе ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. М.И. Ситенко НАМН Украины» (г. Харьков) прошел образовательный курс общества исследователей сколиоза SRS Worldwide Course 2013 и 11-й Международный симпозиум «Малоинвазивная и инструментальная хирургия позвоночника».

14-15 июня в г. Львове совместно с польскими коллегами состоялась V Украинско-польская научно-практическая конференция «Сложное и ревизионное протезирование суставов», осветившая перспективные направления и проблемы сложного и ревизионного эндопротезирования.

10-13 сентября в г. Киеве ВОО «Ассоциация хирургии кисти» совместно с ГУ «ИТО НАМНУ» провела Австрийский углубленный учебный курс по микрохирургии, включавший как теоретический, так и практический разделы, который вызвал большой интерес у практикующих ортопедов-травматологов.

В сентябре в г. Запорожье состоялся V международный украинско-австрийский симпозиум «Актуальные вопросы ортопедии и спортивной травмы».

19-21 ноября в г. Киеве был организован VI конгресс ревматологов Украины. Обсуждались вопросы тактики и стратегии лечения ревматологических заболеваний.

21-22 ноября Кафедра ортопедии и травматологии НМУ им. А.А. Богомольца и ГУ «ИТО НАМНУ» провели Международную научно-практическую конференцию «Проблемы биомеханики и медицинского материаловедения» (г. Киев). Обсуждались вопросы биомеханического моделирования основных проблем в области ортопедии и травматологии.

Ключевыми международными событиями прошлого года в нашей отрасли стали ежегодная встреча Американской академии хирургов-ортопедов (AAOS, 19-23 мая, г. Чикаго, США), 14-й Европейский конгресс по травматологии и неотложной хирургии (ECTES, 4-7 мая, г. Лион, Франция), 14-й конгресс Европейской федерации национальных ассоциаций ортопедов-травматологов (EFORT, 5-8 июня, г. Стамбул, Турция) и 34-я ежегодная конференция Международного общества ортопедической хирургии и травматологии (SICOT, 17-19 октября, г. Хайдарабад, Индия). Так как ортопеды занимаются хирургическим лечением больных с системными заболеваниями соединительной ткани, то украинские специалисты в области ортопедии принимали активное участие и в ревматологических мероприятиях, в частности в конгрессе Европейской противоревматической лиги (EULAR), который проходил в июне в г. Мадриде (Испания).

— Результаты каких исследований в области ортопедии и травматологии, завершившихся в прошлом году, привлекли внимание широкой медицинской общественности?

— Значительная часть исследований, представленных и активно обсуждаемых на научных форумах в прошлом году, была посвящена вопросам эндопротезирования суставов. Что неудивительно, поскольку это одно из наиболее динамично развивающихся направлений современной ортопедии.

Большинство пациентов, нуждающихся в эндопротезировании коленного или тазобедренного сустава, составляют лица с остеоартрозом (ОА). Однако все чаще такие операции проводятся больным с ревматоидным артритом (РА). Как показали результаты опубликованного в прошлом году канадского исследования, эти пациенты требуют большего внимания со стороны врачей в связи с повышенным риском развития осложнений (B. Ravi et al.). Авторы, проанализировав результаты наблюдения 60 305 участников после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (ТЭТС) и 89 713 пациентов после тотального эндопротезирования коленного сустава (ТЭКС), пришли к выводу, что у лиц с РА достоверно выше риск дислокации после ТЭТС (отношение рисков 1,91; 95% доверительный интервал 1,29-2,82; $p=0,001$) и инфекционных осложнений после ТЭКС (ОР 1,52; 95% ДИ 1,11-2,09; $p=0,03$) по сравнению с больными ОА. Вероятными причинами повышения риска дислокации авторы считают использование меньших по размеру имплантатов при РА, отличия в хирургической технике, а также связанную с РА ацетабулярную протрузию и проблемы со стороны мягких тканей. Применение иммуномодулирующей терапии РА может приводить к возрастанию риска инфекций, хотя не совсем понятно, почему он повышен только после ТЭКС. В любом случае не будет лишней повышенная

настороженность врачей в отношении риска указанных осложнений у лиц с РА и применение соответствующих профилактических мероприятий.

В то же время в отношении другой когорты пациентов, нуждающихся в эндопротезировании — лиц с выраженным ожирением — получены оптимистичные данные. R. Clayton et al. наблюдали таких больных в течение 9 лет после операции и показали, что у лиц с индексом массы тела 35 кг/м^2 и более улучшение функции сустава после ТЭКС составляет 50 баллов по шкале KSS, что сопоставимо с показателями в группах участников с умеренным ожирением (52 балла) и лиц с нормальной массой тела (56 баллов). Таким образом, ТЭКС может быть успешно выполнено и у пациентов с морбидным ожирением.

Продолжают поступать настораживающие данные по применению эндопротезов тазобедренного сустава с парой трения металл-металл, а именно о высокой частоте ревизионных вмешательств. Так, C.J. Dangles et al. на ежегодной встрече AAOS сообщили о том, что в течение трех лет у 19% больных, которым был установлен эндопротез такого типа, потребовалось проведение ревизионного эндопротезирования, а через четыре года этот показатель достиг 24%. Поскольку такая информация поступала и ранее, в прошлом году FDA (Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов в США) обратилось к производителям эндопротезов данного типа с требованием представить доказательства безопасности по каждому конкретному продукту, если они намерены продавать его далее. FDA сообщило, что металлические имплантаты могут выделять частицы металлов в результате трения двух компонентов искусственного сустава при ходьбе и беге. Выделение металлических частиц может приводить к износу имплантатов, а также вредить мягким тканям, находящимся рядом с эндопротезом, следствием чего может быть появление боли и ослабление крепления имплантата. В итоге возникает необходимость в повторной операции. Поэтому в обращении к хирургам-ортопедам FDA рекомендовало тщательно взвешивать риск и пользу и выбирать металл-металлические имплантаты тазобедренного сустава для пациента только в том случае, если это устройство принесет больному больше преимуществ, чем альтернативные системы (металл-полиэтилен, керамика-полиэтилен, керамика-керамика или керамика-металл). Агентство также призвало хирургов-ортопедов информировать пациентов о том, что имплантаты тазобедренного сустава с парой трения металл-металл имеют определенные преимущества и риски, в том числе риск того, что может потребоваться его быстрая замена.

Продолжается активный поиск эффективных нехирургических методов лечения ОА. Они особенно актуальны для лиц молодого и среднего возраста, поскольку позволяют если не предотвратить, то хотя бы отсрочить проведение эндопротезирования. Ведь реалии таковы, что рано или поздно (в среднем через 10 лет) возникает необходимость в замене имплантата, а это достаточно серьезное хирургическое вмешательство. С этой точки зрения представляют интерес результаты крупного ретроспективного исследования R.D. Altman et al., в котором были проанализированы результаты длительного наблюдения 26 627 больных с ТЭКС, из которых 7 тыс. получили хотя бы одну внутрисуставную



С.С. Страфун

инъекцию гиалуроновой кислоты. Анализ показал, что инъекции гиалуроновой кислоты в коленный сустав при ОА позволяют в среднем на 2,6 года отсрочить проведение ТЭКС.

Отложить и даже предотвратить проведение ТЭТС при ОА тазобедренных суставов может программа физических упражнений — показали ученые из Норвегии (I.C. Svege et al.). Так, в группе пациентов, вовлеченных в образовательную программу и программу физических упражнений, частота ТЭТС оказалась на 44% ниже по сравнению с теми, кто принял участие только в образовательных сессиях (ОР 0,56; 95% ДИ 0,32-0,96, $p=0,036$). Когда проанализировали результаты наблюдения тех участников программ, которым все же пришлось выполнить ТЭТС, выяснилось, что медиана времени до операции составила 5,4 года в группе, в которой применялись физические упражнения, и 3,5 года в группе контроля. Физические упражнения давно считаются важным компонентом лечения ОА коленного сустава, в то время как доказательства его эффективности при ОА тазобедренного сустава ранее не хватало.

Еще одно интересное исследование было посвящено изучению эффективности коленного бандажа у пациентов с ОА коленного сустава (D.T. Felson et al.). Ношение бандажа в среднем по 7,35 ч в день в течение 6 нед привело к снижению выраженности боли на 18,16 балла по 100-балльной визуальной аналоговой шкале, что было статистически ($p<0,001$) и клинически значимым улучшением по сравнению с группой контроля, в которой выраженность боли изменилась всего на 1,29 балла.

Следующее исследование заслуживает особого внимания, так как его результаты указывают на необходимость пересмотра традиционных подходов к лечению. Это исследование METEOR (Meniscal Tear in Osteoarthritis Research trial), в котором изучалась эффективность физиотерапии при ОА коленного сустава с разрывом мениска. Было показано, что через 6 мес функциональные результаты и выраженность болевого синдрома у пациентов, получавших физиотерапию без хирургического вмешательства, не отличаются от таковых у лиц, которым была проведена артроскопия с частичной менискэктомией. Таким образом, это исследование показывает целесообразность неоперативного начала лечения разрыва мениска у пациентов с ОА, тогда как хирургическое вмешательство должно быть рассмотрено в случае неудачи консервативной терапии.

К пересмотру традиционных подходов к лечению шейной дископатии подталкивает исследование J.K. Burkus et al. В нем принял участие 541 больной, которому была выполнена передняя цервикальная дискэктомия. Пациенты были рандомизированы в группы артропластики (имплантация протеза шейного диска) или спондилодеза

с передней стабилизацией пластинами аллогенного трансплантата. Объем движений в шейном отделе позвоночника, уровень самообслуживания и частота улучшения неврологического статуса (двигательных, сенсорных функций и рефлексов) были достоверно выше в группе артропластики, чем в контрольной группе ($p=0,025$). Ни у одного участника в группе артропластики не требовалось проведения ревизионной операции для регулировки имплантата или дополнительной его фиксации. В то же время у нескольких пациентов контрольной группы были выполнены повторные хирургические вмешательства. Различия между группами оставались статистически значимыми в течение 5 лет наблюдения.

Актуальной остается проблема венозной тромбоэмболии в ортопедо-травматологической практике. Большинство больных, подвергавшихся ортопедическим хирургическим вмешательствам или перенесших травмы, относятся к группе высокого риска тромбоэмболических осложнений. Необходимость проведения тромбопрофилактики у таких пациентов не вызывает сомнений. Однако целый ряд ограничений при применении традиционных антикоагулянтов (нефракционированный гепарин, варфарин), включая недостаточно прогнозируемый антикоагулянтный эффект, более высокий риск кровотечений, необходимость рутинного лабораторного мониторинга и пр., требует поиска новых средств с лучшим соотношением эффективности, безопасности и удобством применения. Решением проблемы стали современные низкомолекулярные гепарины, а также еще более новый класс препаратов — прямые ингибиторы фактора Ха. Врачам уже хорошо известен такой представитель этого класса, как ривароксабан, а летом 2013 г. одобрение для применения после ТЭТС и ТЭКС получил апиксабан. Кроме того, в прошлом году были опубликованы результаты исследования D.R. Anderson et al., показавшего, что эффективным методом профилактики венозной тромбоэмболии у больных после ТЭТС может быть аспирин. В этом многоцентровом рандомизированном контролируемом исследовании все пациенты в течение первых 10 дней после операции получали дальтепарин, а затем часть из них переводили на пероральный прием аспирина, а части продолжали вводить низкомолекулярные гепарины (НМГ) в течение 28 дней. В течение 90-дневного периода наблюдения тромбоэмболические осложнения развились у 5 участников (1,3%) в группе дальтепарина и у 1 больного (0,3%) в группе аспирина, то есть аспирин как минимум не уступал по эффективности дальтепарину. Что касается риска геморрагических осложнений, то в группе аспирина не было ни одного случая большого кровотечения, в то время как в группе дальтепарина у одной пациентки было массивное кровотечение во время операции по поводу перелома шейки бедра. Таким образом, это исследование показало, что аспирин является эффективной и безопасной альтернативой НМГ для продолженной тромбопрофилактики в ортопедо-травматологической практике. И что очень важно для отечественной системы здравоохранения, это менее дорогостоящий вариант, чем НМГ.

Тяжелым и трудно поддающимся лечению заболеванием является псориатический артрит, поэтому поиск эффективных средств его терапии — одно из важных направлений исследовательской работы. Определенные надежды клиницисты связывают с таким классом препаратов, как ингибиторы фосфодиэстеразы 4 типа. В 2013 г. были представлены результаты исследования PALACE-2 (Efficacy and Safety Study of Apremilast to Treat Active Psoriatic Arthritis), которое показало, что применение экспериментального препарата апремиласт обеспечивает существенное снижение выраженности симптомов псориатического артрита по сравнению с плацебо.

— Появились ли в 2013 г. новые практические руководства по диагностике и лечению заболеваний опорно-двигательного аппарата?

— Авторитетное научное общество AAOS в прошлом году обновило свои практические рекомендации по лечению ОА коленного сустава. Стоит отметить два ключевых изменения в новой редакции руководства по сравнению с предыдущей версией 2009 г. Во-первых, внутрисуставное введение гиалуроновой кислоты больше не рекомендуется как метод лечения больных с симптомным ОА коленного сустава. Отдельные исследования показали эффективность этого метода при ОА коленного сустава, но, к сожалению, ее не подтвердил объединенный метаанализ. Во-вторых, рекомендуемая доза парацетамола для купирования болевого синдрома при ОА снижена с 4000 мг до 3000 мг в сутки. Что касается лечения симптомного ОА коленных суставов, то AAOS рекомендует применение нестероидных противовоспалительных препаратов или трамадола, тогда как для рекомендаций «за» или

«против» использования парацетамола, опиоидов или анальгетических пластырей недостаточно доказательств. Среди других важных рекомендаций AAOS необходимо отметить следующие:

- пациентам с наличием только рентгенологических признаков ОА при отсутствии каких-либо жалоб не следует проводить артроскопический лаваж;
- больным с индексом массы тела более 25 кг/м² строго рекомендовано снижение массы тела минимум на 5%;
- всем пациентам с ОА коленных суставов следует начать применять аэробные физические упражнения.

Также в прошлом году было опубликовано обновление практических рекомендаций NOGG (Великобритания) по диагностике и лечению остеопороза. Напомню, что впервые это руководство было создано в 2009 г. и с тех пор еще не обновлялось. В этих рекомендациях подчеркивается, что

фармакотерапия показала способность снижать риск вертебральных переломов, а также переломов шейки бедра у лиц с остеопорозом. Эффективность продемонстрировали бисфосфонаты, деносумаб, паратиреоидный гормон, ралоксифен и стронция ранелат. Но препаратом первой линии в связи с оптимальным соотношением эффективности, безопасности и стоимости признан алендронат. Другие средства следует рассматривать в тех случаях, когда алендронат противопоказан или плохо переносится.

Что касается нашей страны, то в октябре прошлого года на XVI съезде ортопедо-травматологов Украины были утверждены Всеукраинские рекомендации по диагностике и лечению травматических повреждений скелета.

Подготовил Вячеслав Килимчук



ТЕРАФЛЕКС

ПОСЛІДОВНЕ ЛІКУВАННЯ СИМПТОМІВ ОСТЕОАРТРОЗУ




**2-й КРОК
БАЗИСНА ТЕРАПІЯ
І ПРОФІЛАКТИКА ЗАГОСТРЕНЬ
(2-6 місяців та більше)**

- Терафлекс по 3 капсули на добу

**1-й КРОК
ВПРОДОВЖ
ПЕРІОДУ ЗАГОСТРЕННЯ**

- Терафлекс Адванс по 2 капсули 3 рази на добу після прийому їжі

**ПОСИЛЕНИЙ
ЗНЕБОЛЮВАЛЬНИЙ
ЕФЕКТ**





* 150 років. Наука в ім'я кращого життя.
Реклама лікарського засобу. Реєстраційне посвідчення МОЗ України № UA 7749/01/01 від 29.12.2012, № UA 4142/01/01 від 13.12.2010. Перед застосуванням обов'язково ознайомтеся з інструкцією, що додається, та проконсультуйтеся із лікарем. Зберігати в місцях, недоступних для дітей. Інформація для спеціалістів.