

ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ВЕРІФІКОВАНИМ ДІАГНОЗОМ «ОСТЕОАРТРОЗ»

Іскра Н.І.¹, Кукуруз Я.С.², Кузьмін В.Ю.^{1,2}

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

²Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

Вступ. Однією з головних причин захворюваності й втрати працездатності, особливо у другій половині життя людини, є остеоартроз (ОА) [1]. Захворюваність на ОА в Україні становить 607,3, поширення – 3172,6 на 100 тис. населення, що значно нижче світових показників [2], але це не відображає дійсного стану речей, оскільки справжнє поширення ОА важко оцінити внаслідок того, що пацієнти звертаються до лікаря лише за умов появи перших симптомів артропатії – болю, скутості та зниження функції [4]. Розвиток ОА призводить також до зростання захворюваності на легеневі та серцево-судинні захворювання і, як наслідок, - до скорочення тривалості життя у жінок майже на 10-12 років [3,5].

Больовий синдром є маніфестним проявом захворювання і істотно погіршує якість життя хворих. Полімодальна природа болю при ОА може визначати диференційований підхід до вибору і тактики патогенетичної та симптоматичної терапії [6].

На початкових стадіях захворювання короткочасні болі безпосередньо пов'язані з фізичним навантаженням на конкретний суглоб і є індикатором адекватності механічного навантаження. Порушення функції суглобів в основному пов'язані з больовим синдромом, запаленням і рефлекторним спазмом м'язів. На більш пізніх стадіях захворювання зниження об'єму рухів в суглобі залежить від наявності та виразності сухожильно-м'язових контрактур, остеофітів, внутрішньосуглобових кісткових або хрящових фрагментів [5,6].

На сьогоднішній день вважається, що доцільно починати знеболення з монотерапії нестероїдними протизапальними препаратами (НПЗП) [8,9].

На Європейському конгресі анестезіологів (2005р.) НПЗП визнані ефективним базовим ненаркотичним компонентом післяопераційної аналгезії. Загальний висновок (за матеріалами вказаного конгресу) у відношенні НПЗП полягає у тому, що переваги цієї групи препаратів, які забезпечують периферичний антиноцицептивний захист, протизапальну та протинабрякову дію, перевищують можливий ризик[3].

На 5^{-му} Європейському конгресі Всесвітньої асоціації по вивченню болю, який відбувся восени 2006 року увага акцентувалась на тому, що на даному етапі розвитку медицини і фармакології слід віддавати перевагу так званій поліmodalній (комплексній) аналгезії, тобто використанню одночасно кількох анальгетиків різних груп з різними механізмами дії, але основним компонентом є НПЗП (золотим стандартом цієї групи досить залишається диклофенак) [5].

Проблема лікування ОА, як захворювання з домінуючою деградацією хрящової тканини (втратою цілісності суглобового хряща і вторинними дегенеративними, запальними і склеротичними періартикулярними змінами) особливо набула актуальності в період проголошеної ВООЗ в 2000-2010рр.. декади боротьби із захворюваннями опорно-рухового апарату [7].

Метою нашої роботи було вивчення клінічних особливостей та проведення оцінки ефективності і переносимості різних варіантів комбінованої терапії у хворих на ОА з посттравматичним гонартрозом.

Матеріал і методи дослідження. Результати нашої роботи базуються на даних комплексного, динамічного спостереження хворих (постраждалих та ліквідаторів аварії на ЧАЕС) на ОА з посттравматичним гонартрозом, проведеного на базі поліклініки радіаційного реєстру АМН України протягом 2005-2010рр..

Структура захворюваності подана за статистичною міжнародною класифікацією хвороб десятого перегляду (МКХ-10). У дослідженні використовувались карти динамічного спостереження та історії хвороби, які зберігаються у архіві центру.

Нами було обстежено 67 хворих з верифікованим діагнозом «остеоартроз» та посттравматичним гонартрозом колінних суглобів. Вік хворих - від 45 до 75 років (середній вік 56,1). Усі хворі вказували на механічне ушкодження колінних суглобів та тяжку фізичну працю в минулому. Тривалість патологічного процесу - від 5 років. Усі хворі мали супутню патологію гепатобіліарної системи та шлунково-кишкового тракту.

Лікувальна тактика заключалась у поєднанні лікарських засобів, які пригнічують запалення, біль та поновлюють функціональний стан гепатобіліарної системи, шлунково-кишкового тракту, підвищують захисні властивості та реактивність організму.

В залежності від виду терапії, яку отримували хворі з приводу ОА, їх було поділено на три групи.

Першу (контрольну) групу, склали 22 хворих, які в силу об'єктивних чи суб'єктивних обставин не отримували лікування з приводу ОА та посттравматичного гонартрозу. Причиною цього стали: соціальні обставини (37,8%), необґрунтована відмова (15,0%), небажання хворого (13,9%), виражені алергічні явища від запропонованих препаратів (16,8%) негативний результат у минулому 16,5%. Другу групу, склали 23 хворих, до складу терапії у котрих входили: диклофенак, німід та кетанов. Медикаментозний комплекс пацієнтів третій групі (23 хворих) включав: лінкоміцин, мефенамінову кислоту, тебантін та диклак гель 5,0% (див. таб.1). Підставою для використання даних препаратів були їх фармакологічні властивості з багатофакторним механізмом дії. Курс лікування складав 20-21 день. За віком та статтю групи були однорідні.

Таблиця 1

Розподіл хворих по клінічних групах в залежності від виду лікування

Клінічні групи	Консервативне лікування
I група (22)	-
II група (23)	Діклофенак , німід, кетанов
III група (22)	лінкоміцин, мефенамінова кислота, тебантін та диклак гель 5%.

Для вирішення поставлених завдань, клінічне обстеження кожного хворого проводилось двічі: до початку та після закінчення курсу лікування і складалось із загально-клінічних та спеціальних досліджень.

Під час проведення дослідження, нами проводився також ретельний збір анамнезу захворювання та об'єктивне обстеження (щоденна оцінка загального стану, скарг, даних перкусії та аускультатії легенів та серця, пальпація органів черевної порожнини). Всім хворим обов'язково виконували загально лабораторні дослідження.

Результати та їх обговорення. У всіх 67 (100,0%) обстежених хворих встановлений на підставі уніфікованих критеріїв діагноз «остеоартроз» був зареєстрований як поліостеоартроз.

З встановлених клінічних проявів ОА (до початку лікування) найбільш часто спостерігався біль у суглобах різної інтенсивності, який виникав після перевантаження та наприкінці дня, посилювався під час активних та пасивних рухів та в першій половині ночі. Інші скарги були пов'язані з наявністю суглобового синдрому, ознаками суглобової декомпенсації, які є провідними у клініці захворювання. Водночас, хворі з наявністю синовіту скаржились на набряк суглобів та гіперемію шкіри над ними.

Варто відмітити, що усі хворі на час початку курсу терапії з приводу ОА не мали клінічних проявів та скарг характерних для супутньої патології. Слід зазначити, що за 24 години до початку дослідження хворі не приймали анальгетики і/або міоспазмолітики.

При проведенні аналізу отриманих під час проведення дослідження результатів, особливу увагу ми приділяли артрологічній симптоматиці, яка спостерігалась у хворих на ОА з контрактурою Дюпюїтрена після проведеного лікування (див. табл. 2).

Таблиця 2

Артрологічні симптоми у хворих на остеоартроз з контрактурою Дюпюїтрена

Артрологічні симптоми	І група		ІІ група		ІІІ група	
	Абсол. к-сть	%	Абсол. к-сть	%	Абсол. к-сть	%
Відчуття ранкової скутості до 30хв.	22	100,0%	4	18,2%	-	-
Біль без навантаження	-	-	4	18,2%	-	-
Біль при активних рухах	-	-	-	-	-	-
Біль при пасивних рухах	-	-	4	18,2%	-	-
Біль при пальпації	2	9,1%	3	13,6%	2	8,7%
Обмеження рухів у суглобах	8	36,4%	2	9,1%	3	13,0%
Зниження функціональної здатності	12	54,5%	2	9,1%	-	-
Внутрішньосуглобова крепітація	7	31,8%	3	13,6%	2	8,7%
Набряк	5	22,3%	-	-	-	-
Підвищення тактильної температури	5	22,3%	-	-	-	-
Деформації	22	100,0	11	50,0%	3	13,0%

Анамнестичні дані, що були отримані від хворих першої (контрольної) групи, вказували на наступне (після проведеного лікування): відчуття ранкової скутості до 30 хвилин, біль без навантаження і біль при пасивних рухах у колінних суглобах відмічали усі 22 (100,0%) хворих даної групи; болючість при пальпації колінних і гомілкових суглобів мала місце у 2 (9,1%) хворих; обмеження рухів у колінних та кульшових суглобах мало місце у 8 (36,4%) хворих; внутрішньо-суглобову крепітацію виявлено у 7 (31,8%) хворих; зниження функціональної здатності встановлено у 12 (54,5%) хворих; припухлість та підвищення тактильної температури виявлено у 4 (18,2%) хворих у колінних суглобах та у 1 (4,5%) у ліктьовому суглобі; деформація у міжфалангових суглобах кистей рук мала місце у 9 (40,9%), у колінних суглобах - у 6 (27,3%) та у гомілкових суглобах у 8 (36,4%) хворих.

Симптоми характерні для патології гепатобіліарної системи та шлунково-кишкового тракту у цієї групи хворих були майже відсутні та носили стертий характер (хворі пов'язували їх з вживанням ліків). Крім того

встановлено, що у хворих першої групи біль у суглобах (переважно нижніх кінцівок) носить постійний характер і значно підсилюється вночі, а місцеве лікування, якому хворі надають перевагу та використовують лише у разі вираженого больового синдрому не надає їм позитивної динаміки.

Дані зібраного анамнезу у другої групи хворих (після проведеного лікування) вказували на наступне: відчуття ранкової скутості до 30 хвилин, біль без навантаження і біль при пасивних рухах у колінних суглобах відмічали 4 (18,2%) хворих даної групи; болючість при пальпації колінних і гомілкових суглобів мала місце у 3 (13,6%) хворих; обмеження рухів у колінних та кульшових суглобах мало місце у 2 (9,1%) хворих; внутрішньосуглобову крепітацію виявлено у 3 (13,6%) хворих; зниження функціональної здатності встановлено у 2 (9,1%) пацієнтів; набряк та підвищення тактильної температури у суглобах не виявлено; деформація мала місце у міжфалангових суглобах кистей рук у 3 (13,6%) випадках, у 2 (9,1%) випадках у колінних суглобах та у 6 (27,3%) хворих у гомілкових суглобах.

Анамнестичні дані стосовно скарг характерних для хронічного гепатиту мали наступну картину: на тупий ниючий давлючий біль з локалізацією у правому підребер'ї скаржились 8 (34,7%) хворих (вони також відмічали, що біль не пов'язаний з їжею); біль у лівому підребер'ї та в епігастрії, який виникав до їжі мали 12 (52,3%) хворих даної групи; у цих хворих також мала місце нудота та відрижка з відчуттям гіркоти у роті після їжі, печія. Слід відзначити, що 3 (13,6%) хворих припинили приймати перелічені препарати з приводу вираженої сторонньої дії на 7 добу, а 2 (8,7%) - на 9 добу. На поновлення больового синдрому після припинення лікування скаржились 3 (13,6%) хворих.

Дослідження третьої групи пацієнтів (після проведеного лікування) вказували на наступне: відчуття ранкової скутості хворі не відмічали, біль без навантаження і біль при пасивних рухах у колінних суглобах також був відсутній; болючість при пальпації колінних і гомілкових суглобів мала місце

у 2 (8,7%) хворих; обмеження рухів у колінних та кульшових суглобах мало місце у 3 (13,0%) хворих; внутрішньосуглобову крепітацію виявлено у 2 (8,7%) хворих; зниження функціональної здатності встановлено у 1 (4,3,0%) пацієнта; набряк та підвищення тактильної температури у суглобах не виявлено; деформація мала місце у міжфалангових суглобах кистей рук у 3 (13,0%) випадках, у 6 (26,1%) випадках у колінних суглобах та у 8 (34,8%) хворих у гомілкових суглобах.

Скарги, характерні для патології гепатобіліарної системи та шлунково-кишкового тракту мали наступну картину: на тупий давлючий біль з локалізацією у правому підребер'ї скаржились 3 (13,6%) хворих (вони відмічали, що біль з'являється після вживання їжі); біль у лівому підребер'ї та в епігастрії, який виникав до їжі, мали 2 (9,1%) хворих даної групи; у цих хворих також мала місце нудота та відрижка з відчуттям гіркоти у роті після їжі та печія. Скарг на відновлення больового синдрому протягом місяця після припинення лікування не спостерігалось.

Висновки.

1. У разі наявності у хворого верифікованого діагнозу остеоартроз патогенетичне лікування даної патології має бути невід'ємною частиною його комплексного лікування.

2. Комплексна терапія хворих на остеоартроз має носити індивідуальний характер та враховувати супутню патологію.

3. Дані проведеного дослідження показали, що у хворих третьої групи мав місце істотно прискорений регрес основних клінічних проявів захворювання та підвищення функціональної здатності пацієнтів. Використання запропонованого медикаментозного комплексу значно зменшує потребу у застосуванні НПЗП, істотно підвищує безпеку лікування та дозволяє уникнути швидкого повернення больового синдрому.

Література.

1. Алексеева Л.И., Чичасова Н.В., Беневоленская Л.И., Насонов Е.Л., Мендель О.И. Перспективы комбинированной хондропротекторной

терапии остеоартроза. Результаты открытого рандомизированного исследования препарата Артраон комплекс у больных гонартрозом. Науч.-практ. ревматология. – 2004. – № 4. – С.10-11.

2. Андрейчин М.А. Бугай Б.Г. Частота і характер остеоартропатичного синдрому при хронічних запальних захворюваннях гепатобіліарної системи вірусного генезу // Інфекційні хвороби. – 2001. – №3. – С.19-22.
3. Бычкова Л.С., Подольская В.В. Функциональное состояние печени у больных ревматоидным артритом. Научно-технический прогресс как основа улучшения терапевтической помощи населению // Тез.конф., Оренбург. 1986. – С.11 – 12.
4. Верткин А.Л., Наумов А.В. Деформирующий остеоартроз: стратегия ведения пациентов при соматической патологии // РМЖ, 2007 – 15 – С.14.
5. Верткин А.Л., Наумов А.В., Горулева Е.И., Моргунов Л.Ю., Полупанова Ю.С., Халилов Т.А. и др. Остеопороз и дегенеративные заболевания позвоночника в общетерапевтической практике. // Здоров'я України.2007. – № 2. – С.2-3.
6. Дзяк Г.В. Нестероидные противовоспалительные средства: новые представления о механизме действия и новые возможности // Лікування та діагностика.1997. – № 3. – С.12-16.
7. Козак Н.П. Особливості уражень гепатобіліарної системи у хворих на остеоартроз // Український медичний часопис. – №3(17). – V/VI. – 2000. – С.129-131.
8. Поворознюк В.ВУ., Бабанова І.К. Використання нестероїдних протизапальних препаратів у місцевій терапії у хворих різного віку з патологією кістково-м'язової системи // Метод. рекомендації. – Київ. 2004. – С.29.
9. Jordan K.M., Arden, Doherty M. et al EULAR recommendations 2003: an evidence based approach to the management of osteoarthritis: Report of a

tack Force of a Standing Committee for the International Clinical Studies
Including Therapeutic Trials (ESCISIT) // Ann. Rheum. Dis. 2003. – №1. –
C.13.