

УДК [616.728.3-018.3-003.8-085.382-032:611.72-082-058.8-039.57:362.121]

Смоліна Л.О.

КЛІНІЧНА ЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ АУТОЛОГІЧНОЇ ЗБАГАЧЕНОЇ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМИ У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ НА РАННІХ СТАДІЯХ ОСТЕОАРТРОЗУ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

За результатами клінічного моніторингу пацієнтів з остеоартрозом колінних суглобів на початкових (I-II) стадіях захворювання (88 – жіночої та 58 осіб чоловічої статі) визначено, що використання АЗТП достовірно більш ефективно впливає на клінічні прояви тяжкості захворювання. Опрацьовано методику та розроблено новий інтегральний індекс для оцінки клінічної ефективності диференційованої терапії, включаючи і застосування АЗТП, та доведено, що клінічна ефективність корекції альгофункціональних проявів, за однакового впливу інших факторів, залежить від віку та статевої приналежності хворих на ОА. Доведено, що залежно від віку та статі хворих, які лікуються за удосконаленою терапевтичною програмою з використанням АЗТП, вплив на структурні складові узагальненого показника WOMAC може істотно та значимо коливатись.

Ключові слова: остеоартроз, колінні суглоби, клінічний моніторинг, сімейна медицина, ефективність.

Дослідження виконано згідно з планом Національної медичної академії післядипломної освіти ім'я П.Л. Шупика (ректор – членкор. НАМН України, проф. Ю.В. Вороненко), інституту сімейної медицини (директор – проф. О.Г. Шекера) і НДР кафедри сімейної медицини (зав. каф. – проф. Л.В. Хімюк) «Науково-медичний супровід забезпечення стандартизації та персоналізації лікувально-профілактичної та реабілітаційної діяльності лікаря загальної практики - сімейної медицини» (№ держ. реєстрації 0115U002156; 2015-2018) та фрагментом кваліфікаційної наукової праці автора.

Вступ

Остеоартроз (ОА) колінних суглобів – поширене захворювання, патогенетичною основою якого є порушення сполучнотканинного метаболізму з переважною клінічною маніфестацією процесу, що проявляється деградацією суглобового хряща [1, 6, 8]. Процес характеризується тривалим періодом багатфакторного впливу низки ендо- та екзогенних факторів, включаючи фактори дисембріонального впливу, що на момент клінічної маніфестації формують особливу клінічну картину захворювання: скутість та біль у суглобах при локомоторних навантаженнях та у спокої, порушення обсягів рухової активності суглоба, інше [2]. Низкою сучасних досліджень висвітлені проблемні питання профілактики, діагностики та патогенетично обґрунтованої терапії і клінічного моніторингу (КМ) пацієнтів на різних рівнях надання медичної допомоги [2]. В сучасних дослідженнях також вивчаються питання оцінки альгофункціональної активності та якості життя хворих [4, 11]. Сучасні уявлення про етіопатогенез, клініку та прогнозування і оцінку ризик гонартрозу базуються на вивчених даних клініко-інструментальних проявів захворювання, яке може розвиватися навіть у підлітків, у яких виявлено зміни у метаболізмі з'єднувальної тканини, імунні порушення залежно від статі [5].

Невирішеним питанням залишається добір засобів диференційованої терапії із урахуванням віко-статевих та клінічних особливостей перебігу ОА при різній його тяжкості. Водночас, опрацьовані нові способи диференційованої терапії хворих на ОА, що базуються на застосуванні аутологічної збагаченої тромбоцитами плазми (АЗТП) [9, 10].

Мета дослідження

Вивчення клінічної ефективності застосуван-

ня аутологічної збагаченої тромбоцитами плазми при лікуванні пацієнтів з I-II стадією остеоартрозу.

Об'єкт і методи дослідження

На етапах клінічного моніторингу (КМ) задіяні 146 хворих (n=146) на остеоартроз (ОА) колінних суглобів на початкових (I-II) стадіях захворювання, включаючи 88 – жіночої ($n_{ж}$) та 58 осіб ($n_{ч}$) чоловічої статі. Лікування пацієнтів передбачало використання двох терапевтичних програм (ТП); зокрема стандартна терапевтична програма (ТП_{ст}) базувалася на виконанні лікувальних заходів у відповідності до клінічного протоколу [3] та застосована серед 46 жінок ($n_{ж}$) і 32 чоловіків ($n_{ч}$). Удосконалена терапевтична програма (ТП_у) відрізнялась від ТП_{ст} проведенням на етапах КМ диференційованого лікування із використанням аутологічної збагаченої тромбоцитами плазми (АЗТП) [9, 10]. ТП_у застосовано серед серед 42 жінок ($n_{ж}$) та 26 чоловіків ($n_{ч}$). На етапах КМ, кожні 6 міс, виконано динамічну оцінку результатів клінічних (включаючи стандартизований опитувальник «Womac») методів обстеження; до лікування верифікацію стадії ОА та виразність запального процесу виконано за даними променевого методу дослідження (КТ, рентгенографія) та параклінічних (СРБ-протеїн) методів дослідження. Для інтегральної оцінки клінічної ефективності диференційованої терапії використано відповідний показник – індекс клінічної ефективності, який розраховано (запропоновано нами) за результатами відповідних отриманих за критеріями WOMAC показників болю, скутості та обмеження повсякденної діяльності [4, 9]. Зокрема, індекс клінічної ефективності розраховували за формулою $I_{KE}=100(1-(B \times C \times A))$, де: B – співвідношення бальної оцінки до та після лікування по компоненті «біль», C – співвідношення бальної оцінки до та після лікування по

компоненті «скутість», А – співвідношення бальної оцінки до та після лікування по компоненті «активність». Для оцінки достовірності розраховано середні значення показників та їх середні похибки.

Результати досліджень та їх обговорення

Порівняльний аналіз результатів застосування ТП_{ст} та ТП_у серед пацієнтів жіночої статі у віці до 35 р. виявив, що достовірно ($p < 0,05$) більш виразної клінічної ефективності за критеріями WOMAC досягнуто у разі застосування АЗТП; так, якщо при застосуванні ТП_{ст} узагальнений показник тяжкості захворювання зменшився на 35,8% (з $36,9 \pm 0,96$ до $24,31 \pm 1,3$ б.), то при ТП_у – на 74,1% (з $43,7 \pm 0,9$ б. до $11,4 \pm 0,6$ б.), тобто практично вдвічі. Зареєстровано, що достовірне зменшення узагальненого показника W при ТП_у

відбувалося, насамперед за рахунок зменшення (в 5 разів) виразності больового синдрому (до лікування $60,0 \pm 3,5$ б, після - $11,9 \pm 0,9$ б.), тоді як у разі застосування ТП_{ст} виразність больового синдрому зменшилась лише в 1,5 рази (з $42,8 \pm 3,3$ б. до $27,7 \pm 2,6$ б.). Аналогічною тенденцією характеризувалася зміна показників скутості (при ТП_{ст} – на 25,0%, при ТП_у – на 73,8%) та активності (при ТП_{ст} – на 35,3%, при ТП_у – на 71,8%). Отже, не дивлячись на достовірно більш виразну тяжкість ОА до початку лікування у жінок до 35 р., яким застосовано АЗТП, досягнуто більш виразної ефективності щодо зменшення частоти та клінічних проявів захворювання (табл.1); індекс клінічної ефективності (I_{KE}) терапії склав: у разі застосування ТП_{ст} – $I_{KE} = 68,7\%$; у разі застосування ТП_у – $I_{KE} = 98,3\%$.

*Таблиця 1
Порівняльна компонентна оцінка проявів тяжкості захворювання у жінок з остеоартрозом колінних суглобів на етапах диференційованої терапії*

Віко-статевий розподіл пацієнтів			Результати застосування методики WOMAC			
			Компоненти клінічної оцінки, інтенсивність в балах			W, бали
			більш	скутість	активність	
до 35 років	ТП _{ст} $n_{ж}=9$	до	$42,8 \pm 3,3$	$44,4 \pm 2,3$	$34,3 \pm 1,0$	$36,9 \pm 0,9$
		після	$27,7 \pm 2,6^b$	$33,3 \pm 3,1^b$	$22,2 \pm 1,5^b$	$24,31 \pm 1,3^b$
	ТП _у $n_{ж}=13$	до	$60,0 \pm 3,5$	$46,1 \pm 2,3$	$38,6 \pm 0,9$	$43,7 \pm 0,9$
		після	$11,9 \pm 0,9^{b,c}$	$14,4 \pm 2,0^{b,c}$	$10,9 \pm 0,8^{b,c}$	$11,4 \pm 0,6^{b,c}$
35-40 років	ТП _{ст} $n_{ж}=10$	до	$43,0 \pm 3,3$	$46,2 \pm 3,9$	$35,1 \pm 0,9$	$37,6 \pm 0,6$
		після	$26,0 \pm 2,3^b$	$31,2 \pm 3,5^b$	$19,8 \pm 1,1^b$	$22,1 \pm 0,6^b$
	ТП _у $n_{ж}=17$	до	$60,0 \pm 2,4$	$44,8 \pm 2,2$	$38,7 \pm 0,7$	$43,7 \pm 0,5$
		після	$18,2 \pm 1,7^{b,c}$	$16,9 \pm 2,1^{b,c}$	$12,0 \pm 0,4^{b,c}$	$13,7 \pm 0,5^{b,c}$
понад 40 років	ТП _{ст} $n_{ж}=27$	до	$57,2 \pm 2,6^a$	$45,8 \pm 2,2$	$37,2 \pm 0,7$	$42,1 \pm 0,8^a$
		після	$36,1 \pm 1,4^b$	$28,7 \pm 1,9^b$	$20,7 \pm 0,9^b$	$24,5 \pm 0,8^b$
	ТП _у $n_{ж}=12$	до	$57,5 \pm 3,0$	$44,8 \pm 3,0$	$39,3 \pm 1,2$	$43,6 \pm 0,9$
		після	$22,0 \pm 2,4^{b,c}$	$18,7 \pm 3,0^{b,c}$	$13,2 \pm 1,0^{b,c}$	$15,5 \pm 0,6^{b,c}$
разом	ТП _{ст} $n_{ж}=46$	до	$51,3 \pm 2,0$	$45,6 \pm 1,5$	$36,1 \pm 0,5$	$40,1 \pm 0,6$
		після	$32,3 \pm 1,2^b$	$30,1 \pm 1,4^b$	$20,8 \pm 0,6^b$	$24,0 \pm 0,5^b$
	ТП _у $n_{ж}=42$	до	$59,3 \pm 1,5$	$45,2 \pm 1,3$	$38,7 \pm 0,5$	$43,6 \pm 0,4$
		після	$17,4 \pm 1,1^{b,c}$	$16,6 \pm 1,3^{b,c}$	$12,0 \pm 0,4^{b,c}$	$13,5 \pm 0,4^{b,c}$
Всього	до лікування	$55,1 \pm 1,3^a$	$45,4 \pm 1,0$	$37,4 \pm 0,4$	$41,8 \pm 0,4^a$	
	після лікування	$25,2 \pm 1,1^b$	$23,7 \pm 1,2^b$	$16,6 \pm 0,6^b$	$19,0 \pm 0,6^b$	

Примітка: ^a – достовірна відмінність показника залежно від віку до лікування, при $p < 0,05$; ^b – достовірна відмінність показника до та після лікування у відповідних вікових групах, ^c – достовірна відмінність показника у межах вікової групи залежно від застосованої терапії, при $p < 0,05$; W – узагальнений індекс тяжкості остеоартрозу (бали).

Порівняльний аналіз результатів застосування ТП_{ст} та ТП_у серед пацієнтів жіночої статі у віці 35-40 р. виявив, що достовірно ($p < 0,05$) більш виразної клінічної ефективності за критеріями WOMAC досягнуто у разі застосування АЗТП; так, якщо при застосуванні ТП_{ст} узагальнений показник тяжкості захворювання зменшився на 41,3% (з $37,6 \pm 0,6$ б. до $22,1 \pm 0,6$ б.), то при ТП_у – на 69,7% (з $43,7 \pm 0,5$ б. до $13,7 \pm 0,5$ б.), тобто практично в 1,7 р. Зареєстровано, що достовірне зменшення узагальненого показника W при ТП_у відбувалося насамперед за рахунок зменшення (в 2,6 рази) виразності больового синдрому (до лікування $57,5 \pm 3,0$ б, після - $22,0 \pm 2,4$ б.), тоді як у разі застосування ТП_{ст} виразність больового синдрому зменшилась лише в 1,6 разу (з $57,2 \pm 2,6$ б. до $36,1 \pm 1,4$ б.). Аналогічною тенденцією характеризувалася зміна показників скутості (при ТП_{ст} – на 32,5%, при ТП_у – на 62,3%) та активності (при ТП_{ст} – на 43,6%, при ТП_у – на

69,0%). Окреже, не дивлячись на достовірно більш виразну тяжкість ОА до початку лікування у жінок до 35-40 р., яким застосовано АЗТП, досягнуто більш виразної ефективності щодо зменшення частоти та клінічних проявів захворювання (табл.1); індекс клінічної ефективності (I_{KE}) терапії склав: у разі застосування ТП_{ст} – $I_{KE} = 77,0\%$; у разі застосування ТП_у – $I_{KE} = 96,5\%$. У цій віковій групі хворих на ОА жінок звертає на себе увагу «вирівнювання» по-компонентній ефективній терапії: якщо у попередній віковій групі ефект досягався передусім за рахунок нівелювання больового синдрому, то в даній групі – вклад аналізованих компонентів практично вирівнявся.

Порівняльний аналіз результатів застосування ТП_{ст} та ТП_у серед пацієнтів жіночої статі у віці понад 40 р. виявив, що достовірно ($p < 0,05$) більш виразної клінічної ефективності за критеріями WOMAC досягнуто, також, у разі застосу-

вання АЗТП; так, якщо при застосуванні ТП_{ст} узагальнений показник тяжкості захворювання зменшився на 41,9% (з 42,1±0,8 б. до 24,5±0,8 б.), то при ТП_у – на 74,5% (з 43,6±0,9 б. до 15,5±0,6 б.), тобто практично в 1,8 р. Зареєстровано, що достовірно зменшення узагальненого показника W при ТП_у відбувалося, насамперед за рахунок зменшення (в 2,6 рази) виразності больового синдрому (до лікування 57,5±3,0 б, після - 22,0±2,4 б.), тоді як у разі застосування ТП_{ст} виразність больового синдрому зменшилась в 1,6 разу (з 57,2±2,6 б. до 36,1±1,4 б.). Аналогічною тенденцією характеризувалася зміна показників скутості (при ТП_{ст} – на 37,4%, при ТП_у – на 68,3%) та активності (при ТП_{ст} – на 44,4%, при ТП_у – на 66,5%). Отже, за умов однакової тяжкості клінічних проявів ОА до початку лікування у віковій групі жінок понад 40 р., яким застосовано АЗТП, досягнуто більш виразної ефективності щодо зменшення частоти та проявів захворювання (табл.1): у разі застосування ТП_{ст} – I_{KE}=78,1%; у разі застосування ТП_у – I_{KE}=94,7%.

Порівняльний аналіз результатів застосування ТП_{ст} та ТП_у серед 14 пацієнтів чоловічої статі у віці до 35 р. виявив, що достовірно (p<0,05)

більш виразної клінічної ефективності за критеріями WOMAC досягнуто у разі застосування АЗТП; так, якщо при застосуванні ТП_{ст} узагальнений показник тяжкості захворювання зменшився на 43,8% (з 39,8±0,8 б. до 22,4±0,7 б.), то при ТП_у – на 71,7% (з 40,6±1,5 б. до 11,5±1,4 б.), тобто більше ніж в 1,5 разу. Зареєстровано, що достовірно зменшення узагальненого показника W при ТП_у відбувалося, насамперед за рахунок зменшення (в 2,7 рази) виразності больового синдрому (з 67,5±3,6 б. до 25,0±7,0 б.), тоді як у разі застосування ТП_{ст} виразність больового синдрому зменшилась лише в 1,6 разу (з 42,5±2,5 б. до 26,6±1,8 б.). Аналогічною тенденцією характеризувалася зміна показників скутості (при ТП_{ст} – на 46,2%, при ТП_у – на 67,3%) та активності (при ТП_{ст} – на 46,8%, при ТП_у – на 81,8%). Отже, не дивлячись на достовірно більш виразну тяжкість ОА до початку лікування у чоловіків до 35 р., яким застосовано АЗТП, досягнуто більш виразної ефективності щодо зменшення частоти та клінічних проявів захворювання (табл. 2); I_{KE} склав: у разі застосування ТП_{ст} – I_{KE}=78,1%; у разі застосування ТП_у – I_{KE}=96,7%.

Таблиця 2
Порівняльна компонентна оцінка тяжкості захворювання у чоловіків з остеоартрозом колінних суглобів на етапах диференційованої терапії

Віко-статевий розподіл пацієнтів			Результати застосування методики WOMAC			
			Компоненти клінічної оцінки, інтенсивність в балах			W, бали
			біль	скутість	активність	
до 35 років	ТП _{ст} n _ч =12	до	42,5±2,5	42,7±2,5	38,7±0,8 ^a	39,8±0,8
		після	26,6±1,8 ^b	28,1±1,7 ^b	20,6±0,8 ^b	22,4±0,7 ^b
	ТП _у n _ч =2	до	67,5±3,6	43,7±8,8	31,6±1,0	40,6±1,5
		після	25,0±7,0 ^b	18,7±8,8 ^b	6,6±0,8 ^b	11,5±1,4 ^b
35-40 років	ТП _{ст} n _ч =14	до	57,8±3,8 ^a	42,8±2,6	36,1±0,8	41,2±1,0
		після	36,4±1,3 ^b	26,8±3,5 ^b	19,7±1,9 ^b	23,8±0,7 ^b
	ТП _у n _ч =6	до	55,0±2,4 ^a	43,8±4,7	41,2±1,2 ^a	44,3±1,1
		після	23,3±1,8 ^b	14,6±5,5 ^b	16,2±1,7 ^b	17,5±1,5 ^b
понад 40 років	ТП _{ст} n _ч =6	до	50,8±4,1	43,7±4,7	34,7±0,8	38,4±0,9
		після	32,5±1,8 ^b	37,5±7,0	20,1±1,9 ^b	24,1±1,5 ^b
	ТП _у n _ч =18	до	59,7±2,7	50,0±4,3	40,5±0,7 ^a	45,3±0,6 ^a
		після	13,9±1,7 ^b	15,3±1,9 ^b	13,9±1,9 ^b	14,0±0,7 ^b
разом	ТП _{ст} n _ч =32	до	50,8±2,3	42,9±1,6	36,7±0,5	40,2±0,6
		після	32,0±1,2 ^b	29,3±2,0 ^b	20,1±0,6 ^b	23,3±0,4 ^b
	ТП _у n _ч =26	до	59,2±2,0	48,1±2,9	40,0±0,7	44,6±0,5
		після	16,9±1,5 ^b	15,3±1,7 ^b	13,8±0,7 ^b	14,6±0,6 ^b
разом	до	54,5±1,5	45,2±1,4	38,2±0,4	42,2±0,4	
	після	25,2±1,2 ^b	22,8±1,6 ^b	17,3±0,6 ^b	19,4±0,7 ^b	

Примітка: ^a – достовірна відмінність показника залежно від віку до лікування, при p<0,05; ^b – достовірна відмінність показника до та після лікування у відповідних вікових групах, ^c – достовірна відмінність показника у межах вікової групи залежно від застосованої терапії, при p<0,05; W – узагальнений індекс тяжкості остеоартрозу (бали).

Порівняльний аналіз результатів застосування ТП_{ст} та ТП_у серед 20 пацієнтів чоловічої статі у віці до 35-40 р. виявив, що достовірно (p<0,05) більш виразної клінічної ефективності за критеріями WOMAC досягнуто у разі застосування АЗТП; так, якщо при застосуванні ТП_{ст} узагальнений показник тяжкості захворювання зменшився на 42,3% (з 41,2±1,0 б. до 23,8±0,7 б.), то при ТП_у – на 70,5% (з 44,3±1,1 б. до 17,5±1,5 б.), тобто більше ніж в 1,7 разу. Зареєстровано, що достовірно зменшення узагальненого показника W при ТП_у відбувалося насамперед за рахунок

зменшення (в 2,3 разу) виразності больового синдрому (з 55,0±2,4 б. до 23,3±1,8 б.), тоді як у разі застосування ТП_{ст} виразність больового синдрому зменшилась лише в 1,5 разу (з 57,8±3,8 б. до 36,4±1,3 б.). Аналогічною тенденцією характеризувалася зміна показників скутості (при ТП_{ст} – на 37,4%, при ТП_у – на 73,5%) та активності (при ТП_{ст} – на 45,5%, при ТП_у – на 60,7%). Отже, не дивлячись на достовірно більш виразну тяжкість ОА до початку лікування у чоловіків до 35-40 р., яким застосовано АЗТП, досягнуто більш виразної ефективності щодо зменшення частоти

та клінічних проявів захворювання (табл. 2); I_{KE} склав: у разі застосування $ТП_{CT} - I_{KE}=79,1\%$; у разі застосування $ТП_Y - I_{KE}=94,5\%$.

Порівняльний аналіз результатів застосування $ТП_{CT}$ та $ТП_Y$ серед 24 пацієнтів чоловічої статі у віці понад 40 р. виявив, що достовірно ($p<0,05$) більш виразної клінічної ефективності за критеріями WOMAC досягнуто у разі застосування АЗТП; так, якщо при застосуванні $ТП_{CT}$ узагальнений показник тяжкості захворювання зменшився на 37,3% (з $38,4\pm 0,9$ б. до $24,1\pm 1,5$ б.), то при $ТП_Y$ – на 69,1% (з $45,3\pm 0,6$ б. до $14,0\pm 0,7$ б.), тобто більше ніж в 1,85 разу. Зареєстровано, що достовірно зменшення узагальненого показника W при $ТП_Y$ відбувалося насамперед за рахунок зменшення (в 4,3 разу) виразності больового синдрому (з $59,7\pm 2,7$ б. до $13,9\pm 1,7$ б.), тоді як у разі застосування $ТП_{CT}$ виразність больового синдрому зменшилась лише в 1,6 разу (з $50,8\pm 4,1$ б. до $32,5\pm 1,8$ б.). Аналогічною тенденцією характеризувалась зміна показників скутості (при $ТП_{CT}$ – на 14,2%, при $ТП_Y$ – на 69,4%) та активності (при $ТП_{CT}$ – на 32,1%, при $ТП_Y$ – на 65,7%). Отже, не дивлячись на достовірно більш виразну тяжкість ОА до початку лікування у чоловіків понад 40 р., яким застосовано АЗТП, досягнуто більш виразної ефективності щодо зменшення частоти та клінічних проявів захворювання (табл. 2); I_{KE} склав: у разі застосування $ТП_{CT} - I_{KE}=68,3\%$; у разі застосування $ТП_Y - I_{KE}=93,2\%$.

Висновки

1. За результатами тривалого клінічного моніторингу отримано показники порівняльної клінічної ефективності застосування АЗТП при лікуванні пацієнтів різного віку і статі з I-II стадіями ОА та доведено, що використання АЗТП достовірно більш ефективно впливає на клінічні прояви тяжкості захворювання.

2. Опрацьовано методику та розроблено новий інтегральний індекс для оцінки клінічної ефективності диференційованої терапії, включаючи і застосування АЗТП та доведено, що клінічна ефективність корекції альгофункціональних проявів, за однакового впливу інших факто-

рів, залежить від віку та статевої приналежності хворих на ОА.

3. Доведено, що залежно від віку та статі хворих, які лікуються за удосконаленою терапевтичною програмою з використанням АЗТП, вплив на структурні складові узагальненого показника WOMAC може істотно та значимо коливатись.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням кореляційних взаємозв'язків показників альгофункціональної активності та якості життя з показниками сполучнотканинного метаболізму залежно від давності клінічної маніфестації ОА.

Література

1. Виноградова Е.В. Механизмы деструкции и регенерации хряща коленного сустава при остеоартрозе / Е.В. Виноградова // Ортопедия, травматология и протезирование. - 2000. - № 2. - С. 97-98.
2. Данилюк С.В. Особливості ведення пацієнтів лікарями загальної практики в амбулаторних умовах / С.В. Данилюк, Л.В. Хіміон, О.Б. Ященко [та ін.] // Сімейна медицина. - 2013. - № 4. - С. 115-117.
3. Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим із остеоартрозом // Затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 12.10.2006 № 676.
4. Крочак С.П. Показники альгофункціональної активності та якості життя у жінок з гонартрозом залежно від структурно-функціонального стану кісткової тканини / С.П. Крочак, А.А. Ткачук, Н.В. Григор'єва [та ін.] // Ліки України плюс. - 2014. - № 1. - С. 19.
5. Лебець І.С. До питання формування дистрофічних змін у суглобах у підлітків / І. С. Лебець, Н. С. Шевченко // Врачебная практика. - 2007. - № 2. - С. 27-31.
6. Поворознюк В.В. Остеоартроз великих суглобів у людей старших вікових груп / В. В. Поворознюк, О. Б. Шеремет, Н. В. Григор'єва [та ін.] // Журн. практ. лікаря. - 2003. - № 3. - С. 20-26.
7. Пустовойт К.Б. Прогноз розвитку диспластичного гонартрозу у віковому аспекті / К. Б. Пустовойт, О. Д. Карпінська // Ортопедия, травматология и протезирование. - 2012. - № 4. - С. 79-83.
8. Дядык А.И. Современные подходы к диагностике и лечению остеоартроза: Метод. рекомендації / А.И. Дядык, Н.И. Шпилева, И.И. Здиговская; Донец. гос. мед. ун-т им. М. Горького. - Донецк, 2005. - 32 с.
9. Пат. 109066 Україна, МПК А61К 35/16 (2015.01) Спосіб лікування хворих на гонартроз шляхом застосування аутологічно збагаченої тромбоцитарної плазми крові / Смоліна Людмила Олександрівна, Черкашина Лідія Володимирівна; власник: Харківська медична академія післядипломної освіти. - № у 2016 01350; заява 15.02.2016, опубл. 10.08.2016, Бюл. № 15.
10. Хіміон Л.В. Досвід застосування збагаченої тромбоцитами плазми в лікуванні остеоартрозу колінних суглобів / Л.В. Хіміон, О.А. Бур'янов, С.В. Данилюк [та ін.] // Здоров'я України. - 2014. - № 6(37). - С. 60-62.
11. Хіміон Л.В. Лікування остеоартрозу: нові можливості комплексної терапії / Л.В. Хіміон, О.Б. Ященко, С.В. Данилюк [та ін.] // Ліки України. - 2015. - № 1. - С. 49-52.

Реферат

КЛИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОЛОГИЧЕСКИ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ НА РАННИХ СТАДИЯХ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Смолина Л.А.

Ключевые слова: остеоартроз, коленные суставы, клинический мониторинг, семейная медицина, эффективность.

По результатам клинического мониторинга пациентов с остеоартрозом коленных суставов на начальных стадиях заболевания (88 – женщин и 58 мужчин) установлено, что использование аутологически обогащенной тромбоцитами плазмы (АОТП) достоверно более эффективно влияет на клинические проявления тяжести заболевания. Разработана методика и предложен новый интегральный индекс для оценки клинической эффективности дифференцированной терапии, включая и применение АОТП и доказано, что эффективность коррекции альгофункциональных проявлений, при прочих равных условиях, зависит от возраста и половой принадлежности больных остеоартрозом. Доказано, что в зависимости от возраста и пола пациентов, пролеченных с использованием АОТП, влияние на структурные составляющие обобщенного показателя тяжести WOMAC может значительно колебаться.

Summary

CLINICAL EFFECTIVENESS OF AUTOLOGOUS PLATELET RICH PLASMA IN THERAPY OF KNEE OSTEOARTHRITIS IN EARLY STAGES

Smolina L. A.

Key words: osteoarthritis, knee joints, clinical monitoring, family medicine, efficiency.

The results of the clinical monitoring of patients with knee osteoarthritis in the initial stages of the disease (88 women and 58 men) demonstrated that autologous platelet-rich plasma injections (APRP) produced more significant effect on the clinical manifestations of the disease severity. The articles also described a new technique and implementation of a new integral index to assess the clinical efficacy of the differentiated therapy including the use of APRP and proved that the effectiveness of correcting algofunctional manifestations also depended on the age and sex of patients with osteoarthritis. It was proven that depending on the age and sex of patients who took the APRP course, the impact of a WOMAC index severity on the structural components can vary considerably.

УДК 616.62-003.7-089.879.

Стецишин Р.В.

ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА, ПОКАЗАНИЯ К ПРЕДОПЕРАЦИОННОМУ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМУ ДРЕНИРОВАНИЮ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО СЛОЖНЫМИ КАМНЯМИ МОЧЕТОЧНИКА

Харьковская медицинская академия последипломного образования

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала»

В клинике урологии ХМАПО на базе КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала» проведен анализ особенностей послеоперационного периода у пациентов со сложными конкрементами мочеточника, при этом отдельно мы рассматривали группы, где имели место неудачи операции, интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения, а также случаи, когда данные проблемы сочетались. При этом, из 231 пациента со сложными камнями неудачи вследствие смещения камня в вышележащие, недоступные для уретероскопии и контактной литотрипсии почки и мочеточника отмечены у 40 (17,3%) пациентов, у 17 (7,4%) больных, несмотря на удаление камня из мочеточника, возникли интраоперационные осложнения. Послеоперационные осложнения после удаления камня из мочеточника имели место у 19 (8,2%) больных. У 32 (13,9%) пациентов сочетались интраоперационные и послеоперационные осложнения. У большинства, 139 (60,2%) пациентов со сложными камнями мочеточника отмечено сочетание неудач уретеролитотрипсии с интраоперационными и послеоперационными осложнениями. Неудачи и осложнения при лечении сложных камней мочеточника с использованием контактной ультразвуковой уретеролитотрипсии приводят к значительному утяжелению послеоперационного периода у данных пациентов. У них в послеоперационном периоде отмечается гипертермия, нарушение самочувствия, приступы почечной колики, болезненность в поясничной области. Эти больные нуждаются в длительном стентировании и дополнительной нефростомии.

Ключевые слова: камни мочеточника, контактная литотрипсия, интраоперационные и послеоперационные осложнения.

Работа выполнялась в соответствии с планом исследовательских работ Харьковской медицинской академии последипломного образования и является фрагментом НИР «Разработка и усовершенствование эффективности диагностических и терапевтических технологий при хирургических заболеваниях почек и мочевыводящих путей и мужской репродуктивной системы», № гос. регистрации 0198U002627.

При лечении камней мочеточника, по мнению уролога, уретероскопия является успешной при отсутствии осложнений и достижении статуса «stone-free». По мнению пациента, ситуация может быть не такой благоприятной из-за сопутствующей боли, недомогания, потребности в послеоперационном уходе, проведении более или менее интенсивной послеоперационной терапии. Сама по себе процедура уретероскопии чаще всего сама по себе имеет небольшое влияние на качество жизни и самочувствие пациента после операции, но метод дренирования мочеточника после процедуры может нести значительный негативный эффект в плане течения раннего послеоперационного периода [1].

Основания для дренирования мочеточника после уретероскопии представляются очевидными: необходимость уменьшения риска болевого синдрома, колики, инфекционных осложнений. Стенты могут рассматриваться как разновидность страховки от послеоперационных осложнений, особенно тех, после которых требуется повторное вмешательство. Практика рутинного стентирования применяется в большинстве урологических центров в течение многих лет. Особенно это касается тех учреждений, где пациента выписывают на следующие сутки после операции. В то же время, более простые методы дренирования, например, с помощью уретерального катетера, имеют свои преимуще-