

ЕФЕКТИВНІСТЬ НЕІНТЕНСИВНОЇ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ КИСТЕЙ

А. В. Ченський

Донецька обласна лікарня відновного лікування

Резюме. Методом вибору в тривалому курсовому лікуванні хворих на остеоартроз міжфалангових суглобів кистей може бути використання запропонованої схеми терапії з урахуванням стабілізації оцінки якості життя й зниження ризику несприятливих ефектів.

Ключові слова: остеоартроз, лікування, похилий вік.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕИНТЕНСИВНОЙ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ КИСТИ

А. В. Ченский

Резюме. Методом выбора при длительном курсовом лечении больных остеоартрозом межфаланговых суставов кисти может быть использование предлагаемой схемы терапии (с учётом стабилизации оценки качества жизни и снижения риска неблагоприятных эффектов).

Ключевые слова: остеоартроз, лечение, пожилой возраст.

EFFECTIVENESS OF MODERATE INFUSION THERAPY IN TREATMENT OF HAND OSTEOARTHRITIS

A. V. Chensky

Summary. A method of a choice at long course treatment of patients with interphalanes osteoarthritis can be use of the offered scheme of therapy (in view of stabilization of an estimation of quality of a life and decrease in risk of adverse effects).

Keywords: osteoarthritis, treatment, advanced age.

Адреса для листування:

Ченский Альберт Викторович

канд. мед. наук,

Донецька обласна лікарня відновного лікування

83038, Донецьк, ул. Родниковая, 1А

Лікування пацієнтів із патологією суглобів — одна з актуальних проблем сьогодення та, мабуть, буде займати лідируючі позиції в майбутньому. Поширеність остеоартрозу в Україні висока та складає 2200, захворюваність — 497 випадків на 100 тис. населення. Ці дані, як показано популярними дослідженнями, нижчі, ніж в США і значно вищі, ніж у Великій Британії. Серед осіб, що страждають на остеоартроз, ураження суглобів кистей досягає 47,7 % [1]. Ризик втрати працездатності у цієї групи пацієнтів такий ж високий, як при серцево-судинній патології, і вище, ніж при будь-яких інших захворюваннях у осіб літнього віку. Ураження кистей перешкоджає можливостям самообслуговування (застібання гудзиків та ін.), письма й утруднює допомогу екстензорам ніг при підйомі по сходах чи вставанні зі стільця. Фармакологічне лікування є основою консервативної терапії, особливо осіб старшого віку.

Мета дослідження — підвищити ефективність лікування пацієнтів старших вікових груп із остеоартрозом міжфалангових суглобів кистей на підставі оцінки результатів терапії при довготривалому спостереженні.

ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

При вивченні ефективності та несприятливих наслідків фармакотерапії хворих на остеоартроз міжфалангових суглобів кистей під нашим спостереженням протягом 20 місяців знаходилось 37 жінок і 39 чоловіків у віці від 67 років до 79 років.

У дослідження включалися особи, що мали рентгенологічно 2–3 стадії за КЛ і задовольняли діагностичним критеріям остеоартрозу кистей Американської колегії ревматологів [5]. Були виключені хворі, що мали в анамнезі переломи кісток або виразкову хворобу шлунка та/або дванадцятипалої кишки, або цукровий діабет, тяжку соматичну патологію.

Для визначення ефективності медикаментозного лікування дегенеративних захворювань суглобів були обрані наступні препарати:

- 2-[(2,6-дихлорфеніл)аміно]бензоцетова кислота (у вигляді натрієвої солі) (БОК) — загальновізнаний «золотий стандарт» у лікуванні пацієнтів із захворюваннями суглобів — має протизапальну, анальгезуючу, антиагрегаційну дію;
- 4-[5-(4-метилфеніл)-3-(трифлуорометил)-1Н-піразол-1-ил] бензенсульфонамід (БС) — відповідає всім критеріям ЦОГ-2-специфічного НПВП — інгібує ЦОГ-2 *in vitro* та *in vivo* [2].

Особливістю больових синдромів у літньому віці є часте сполучення із судинними ішемічними порушеннями. У пацієнтів у літньому віці больовий синдром особливо резистентний до терапії, якщо до комплексу не долучаються судинні препарати. Ми застосували із цією метою депротейнізований гемодериват телячої крові (ДГТК), що має антигіпоксичну, антиоксидантну активність й поліпшує мікроциркуляцію.

Перед випискою всім хворим був рекомендований постійний прийом препарату кальцію з

вітаміном Д та мінералами (комбінований) (КПК) по 1 таблетці 2 рази на день. Це представник третього покоління препаратів кальцію [3, 4], які за своєю незалежно від функціонального стану шлунково-кишкового тракту. Включення мікроелементів до складу препарату дозволяє значно розширити сферу його застосування.

З урахуванням особливостей медикаментозної терапії усі хворі були розподілені на 3 групи: хворі другої та третьої групи склали основну групу дослідження, хворі першої — групу порівняння. Групи були рандомізовані за віком та рівнем болю згідно ВАШ.

Хворі першої групи одержували БОК 50 мг по 1 таб. 3 рази на день протягом 10 днів, другої групи — БС 200 мг по 1 таб. 1 раз у день протягом 14 днів, третьої — БС 200 мг по 1 таб. 1 раз у день протягом 14 днів і ДГТК по 400 мг на 200 мл фізіологічного розчину внутрішньовенно крапельно 10 інфузій через день. Перед випискою всім хворим був рекомендований постійний прийом КПК по 1 таб. 2 рази на день. Курси лікування повторювалися кожні 5–6 місяців. Схема повторних курсів лікування була така ж, як і першого.

Хворі спостерігались на протязі 20 місяців. Спостереження закінчилися через 2 місяці після четвертого курсу лікування (табл. 1).

Таблиця 1
Динаміка чисельного складу груп хворих

Етап спостереження	Група хворих					
	порівняння		основна А		основна Б	
	чол.	жін.	чол.	жін.	чол.	жін.
Початковий курс	14	14	13	12	12	11
Через 6 місяців	10	12	13	12	12	11
Через 12 місяців	9	11	11	12	12	11
Через 18 місяців	9	11	11	11	12	11

Клінічне дослідження проводилося всім хворим. При виявленні супутньої патології, що могла бути причиною розвитку вторинного остеоартрозу міжфалангових суглобів кистей або була протипоказанням для медикаментозного лікування, хворого виключали з дослідження.

Ортопедичне дослідження проводилося з метою діагностики остеоартрозу міжфалангових суглобів кистей і визначення ступеня його тяжкості, спостереження за динамікою змін у ході дослідження.

Антропометричне дослідження включало визначення загальноприйнятих параметрів тіла (ріст, маса тіла) й індексу маси тіла. Антропометричні вимірювання проводилися у першій половині дня на оголеній людині.

Рентгенографічне дослідження міжфалангових суглобів кистей проводилося в стандартній дорсопальмарній проекції. Для визначення рентгенологічної стадії остеоартрозу міжфалангових суглобів використовувалася класифікація Келлгрена-Лоуренса (1957), удосконалена М. Lequesne в 1982 р., для уточнення діагнозу — рентгено-

логічний уніфікований атлас кисті R. D. Altman [6], для визначення фази прогресування — класифікація G. Verbruggen і E. M. Veys (1995).

Динамометричне дослідження за допомогою пружинного динамометра проводилося для визначення м'язової сили кистьового хвату й спостереження за динамікою її змін у ході лікування.

Анкетний метод використовувався для оцінки якості життя й вивчення особливостей больового синдрому. Структуру больового синдрому визначали за допомогою Макгілівського опитувальника болю. Для оцінки тяжкості больового синдрому використовували вербально-аналогову шкалу (ВАШ) болю; якість життя хворих оцінювали за допомогою шкали EuroQol-5D.

Рентгеноморфометричне й рентгеноостеоденситометричне дослідження проводилися з використанням стандартних рентгенівських знімків кистей зі стандартизованим алюмінієвим клином для визначення мінеральної щільності кісткової тканини фаланг кистей. Ми застосовували цей метод у варіанті АРМ «Остеолог» з референтною базою для української популяції (розробники: Поворознюк В. В., Чабанний В. М., Шалаєв В. О., Дмитренко О. П.). АРМ «Остеолог» призначений для проведення аналізу рентгенограм у діагностичних та скринінгових дослідженнях кісткового статусу [7].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Суттєвих розходжень, за даними Макгілівського опитувальника болю та ВАШ болю, в ефективності запропонованих медикаментозних схем (традиційних і селективних нестероїдних протизапальних препаратів, депротейнізованого гемодеривату телячої крові та препарату кальцію з вітаміном Д та мінералами) у хворих на остеоартроз міжфалангових суглобів кистей не знайдено. Отримані дані свідчать, попри деякі тимчасові відхилення, про стабілізацію інтенсивності болю у всіх хворих на протязі усього терміну спостереження.

Дані спостереження за дегенеративними змінами суглобів кистей за допомогою клініко-рентгенологічного методу показали, що у чоловіків всіх груп перехід фаз стабілізації та ерозії за Verbruggen-Veys у фазу ремоделювання спостерігався до 12-го місяця спостереження, у жінок — до 18-го місяця. Ступінь тяжкості ураження за КЛ не змінився, як у чоловіків, так і у жінок. Мабуть, застосування НПЗЗ суттєво не впливає на фазність плинину ОА, а зміни обумовлені корекцією кальційдефіцитного стану та більшою чутливістю чоловіків до цієї корекції на фоні менш тяжкого їх ураження.

Пошук достовірних розходжень за результатами лікування між групами за результатами динамометричних вимірів до й після лікування у чоловіків не виявив розбіжностей. Сила м'язів правої кисті у жінок більше зросла в результаті лікування БС з ДГТК або БС, чим БОК ($p < 0,01$); сила м'язів лівої кисті більше зросла в результаті лікування БС з ДГТК, чим БС ($p < 0,005$), або БОК, чим БС ($p < 0,01$) (табл. 2).

Таблиця 2
Динаміка функціональних показників під впливом лікування в жінок старших вікових груп

Група	Етап спостереження	Кистьова динамометрія, Н	
		праворуч	ліворуч
Порівняння	до лікування	14,56 ± 3,64	11,81 ± 1,55
	після лікування	14,63 ± 1,46	12,69 ± 1,22*
Основна А	до лікування	14,9 ± 2,32	14,6 ± 2,48
	після лікування	18,4 ± 2,24*	17,55 ± 2,15
Основна Б	до лікування	16,83 ± 3,46	15,5 ± 5,2
	після лікування	20,8 ± 4,32**	20,0 ± 4,53**

Примітки: * — $p < 0,01$; ** — $p < 0,005$ в динаміці лікування.

Для оцінки якості життя ми застосували шкалу EuroQol-5D, що використовується в багатьох науково-клінічних дослідженнях та зарекомендувала себе як простий у використанні для пацієнта, але надійний інструмент оцінки. Під впливом однокурсорового лікування відзначено збільшення якості життя ($p < 0,05$). Відмінностей між групами за результатами курсу лікування не знайдено. На протязі тривалого спостереження самооцінка якості життя по шкалі EuroQol-5D пацієнтами незначно погіршилась у всіх групах, незалежно від схеми лікування, яку вони отримували. Але за результатами 12-місячного та 18-місячного спостереження у чоловіків, що отримували БС і ДГТК, спостерігається значуще уповільнення зниження оцінки в порівнянні із тими, що отримували БОК ($p < 0,05$). У жінок тотожна картина спостерігається на 18-му місяці (табл. 3). Статевих розходжень у самооцінці якості життя виявлено не було, як на час огляду, так і при катанестичній оцінці.

Таблиця 3
Динаміка оцінки якості життя в осіб старших вікових груп перед кожним курсом лікування, ($M \pm m$) балів

Етап спостереження	Стать	Група		
		порівняння	основна А	основна Б
На початку спостереження	Ч	4,64 ± 0,39	4,65 ± 0,24	4,67 ± 0,89
	Ж	4,9 ± 0,27	4,9 ± 0,5	5,0 ± 0,72
Через 6 місяців	Ч	5,6 ± 0,48	5,3 ± 0,65	5,3 ± 0,43
	Ж	5,1 ± 0,35	5,0 ± 0,65	4,9 ± 0,43
Через 12 місяців	Ч	6,2 ± 0,87	6,1 ± 0,54	5,4 ± 0,64*
	Ж	5,4 ± 0,56	5,7 ± 0,47	5,1 ± 0,68
Через 18 місяців	Ч	5,95 ± 1,02	5,7 ± 0,83	5,2 ± 0,91*
	Ж	5,7 ± 0,48	6,6 ± 0,78	5,4 ± 0,77*

Примітка. * — $p < 0,05$ в динаміці спостереження.

У групі, що отримувала БОК, не одержали запропонованої схеми 8 осіб, переважно внаслідок ускладнень гастроінтестинального генезу. У групі, що отримувала БС, в якості небажаних реакцій спостерігалися цереброваскулярні порушення у 3 хворих. У пацієнтів, що одержували БС і ДГТК, небажаних реакцій не спостерігалось. Для подальшого аналізу несприятливих наслідків схем ліку-

вання ми застосували двосторонній Z-критерій із заданим рівнем значущості $p = 0,05$.

Імовірність розвитку небажаних побічних реакцій при лікуванні пацієнтів з використанням схеми БС і ДГТК статистично значущо менша, чим при лікуванні БОК ($p = 0,016$). Зниження абсолютного ризику — різниця в частоті несприятливих наслідків між групами, що отримували БОК і БС із ДГТК, склала 0,29 при 95 % ДІ від 0,08 до 0,49. Значущих розходжень у частоті несприятливих наслідків між групами, що отримували БОК і БС, як і між групами, що отримували БС чи БС із ДГТК, не виявлено.

ВИСНОВКИ

У всіх 3 групах є достовірне поліпшення після кожного курсу лікування — зменшується виразність больового синдрому, підвищується якість життя. Значущих розбіжностей між групами за результатами лікування, в основному, виявлено не було. Однак оцінка якості життя значущо підвищується в групах, що отримували БС та БС із ДГТК, у чоловіків — через 12 мес. і через 18 мес., у жінок — через 18 мес. Сприятливі результати, отримані у хворих основної групи Б, в яких дія запропонованої схеми на протязі тривалого спостереження, як в плані плинну захворювання, так і ефектів лікування, дозволяють зробити висновок про ефективність запропонованих заходів. Методом вибору в тривалому курсовому лікуванні хворих на остеоартроз міжфалангових суглобів кистей може бути використання схеми БС та інфузійного введення ДГТК на тлі постійного застосування КПК (з урахуванням уповільнення зниження якості життя й зниження ризику несприятливих ефектів). Імовірність розвитку небажаних побічних реакцій при лікуванні пацієнтів з використанням схеми БС і інфузійного введення ДГТК статистично значимо менша, чим при лікуванні БОК.

ЛІТЕРАТУРА

1. Медико-демографічний атлас України: патологія кістково-м'язової системи та сполучної тканини / [Под ред. В. П. Войтенка, В. В. Поворознюка]. — випуск 2. — К., 2003. — 36 с.
2. Корж, Н. А. Остеоартроз - подходы к лечению / Корж Н. А., Филиппенко В. А., Дедух Н. В. // Вісник ортопедії травматології та протезування. — 2004. — № 3. — С. 75–79.
3. Поворознюк, В. В. Нестероидные противовоспалительные препараты в лечении заболеваний костно-мышечной системы у людей различного возраста / Поворознюк В. В., Шеремет О. Б., Красий В. В. // Здоров'я України. — 2006. — № 5. — С. 46–47.
4. Поворознюк, В. В. Менопауза та остеопороз / Поворознюк В. В., Григор'єва Н. В. — К., 2002. — 356 с.
5. Haq, I. Osteoarthritis / Haq I., Murphy E., Dacre J. // Postgraduate Medical Journal. — 2003. — Vol. 79. — P. 377–383.
6. Altman, R. D. Atlas of hand osteoarthritis / Altman R. D. // Osteoarthritis and Cart. — 2007. — Vol. 15. — P. 78–82.
7. Поворознюк, В. В. Рентгенівська абсорбціометрія в діагностиці системного остеопорозу (методичні рекомендації) / [Поворознюк В. В., Дмитренко О. П., Верба О. І., Макаренко В. М.]. — Київ. — 2003. — 28 с.