

Особливості комплексного лікування хворих з верифікованим діагнозом «остеоартроз»

Н.І. ІСКРА¹, к. мед. н., доцент; Я.С. КУКУРУЗ²; В.Ю. КУЗЬМІН^{1,2}

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
²Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, Київ/

Резюме

Особенности комплексного лечения больных с верифицированным диагнозом «остеоартроз»

Н.И. Искра, Я.С. Кукруз, В.Ю. Кузьмин

В статье приведены данные обследования и оценки эффективности и переносимости различных вариантов комбинированной терапии 67 больных с верифицированным диагнозом остеоартроз и посттравматическим гонартрозом коленных суставов.

Данные исследования показали, что в результате применения комбинированной терапии, в состав которой входили линкомицин, диклофенак натрия, габапентин, мепенаминовая кислота, был достигнут существенный регресс основных клинических проявлений заболевания и повышение функциональной способности суставов. Применение предложенного медикаментозного комплекса значительно снижает потребность в применении нестероидных противовоспалительных препаратов, повышает эффективность и безопасность лечения. Отмечено также, что комплексная терапия больных с остеоартрозом должна носить индивидуальный характер и учитывать наличие сопутствующей патологии.

Ключевые слова: остеоартроз, болевой синдром, лечение, нестероидные противовоспалительные препараты

Summary

The Specifics of Combined Therapy of Patients with Verified Osteoarthritis

N.I. Iskra, Ya.S. Kukuruz, V.Yu. Kuzmin

The article provides data of clinical study, including assessment data on efficacy and tolerance of several treatment schemes for combined therapy in 67 patients with verified osteoarthritis and posttraumatic gonarthrosis / arthrosis of the knee joint.

The study data showed the efficacy of combined therapy that included lincomycin, diclofenac sodium, gabapentin, and mefenamic acid. This treatment regime provided significant regression in major clinical manifestations, as well as the improvement in joint flexibility and functional ability. The administration of such regime decreases significantly the need in NSAIDs, promotes the efficacy, and essentially improves the safety of treatment. The authors also noted that comprehensive therapy in patients with osteoarthritis should be individually tailored depending on comorbid pathologies.

Key words: osteoarthritis, pain syndrome, treatment, nonsteroidal anti-inflammatory drugs

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 тисяч населення, що значно нижче світових показників [2]. Проте ці цифри не відображають 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 та істотно погіршує якість життя хворих. Поліморфна природа болю при ОА може визначати диференційований підхід до вибору і тактики патогенетичної та симптоматичної терапії [6].

На початкових стадіях захворювання короткочасний біль безпосередньо пов'язаний з фізичним навантаженням на конкретний суглоб і є індикатором адекватності механічного навантаження. Порушення функції суглобів пов'язані, головним чином, з больовим синдромом, запаленням і рефлексорним спазмом м'язів. На більш пізніх стадіях захворювання зниження об'єму рухів в суглобі зале-

жить від наявності та вираженості 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 (2005) НПЗП визнані ефективним базовим ненаркотичним компонентом післяопераційної аналгезії. Загальний висновок (за матеріалами вказаного конгресу) щодо НПЗП полягає в тому, що переваги цієї групи препаратів, які забезпечують периферичний антиноцицептивний захист, протизапальну та антинабрякову дію, перевищують можливий ризик [3].

На 5-му Європейському конгресі Всесвітньої асоціації з вивчення болю, який відбувся восени 2006 року, увага акцентувалася на тому, що на даному етапі розвитку медицини і фармакології слід надавати перевагу так званій поліморфній (комплексній) аналгезії, тобто використанню одночасно кількох анальгетиків різних груп з різними механізмами дії, але основним компонентом є НПЗП (золотим стандартом цієї групи залишається диклофенак натрію) [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 у період проголошеної ВООЗ у 2000–2010 роках декади боротьби із захворюваннями опорно-рухового апарату [7].

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

Матеріали та методи дослідження

Результати 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 2005–2010 років.

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

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

Лікувальна тактика поєднувала лікарські засоби, які пригнічують запалення, біль та поновлюють функціональний стан гепатобіліарної системи, шлунково-кишкового тракту, підвищують захисні властивості та реактивності організму.

Залежно від виду терапії, яку отримували хворі з приводу ОА, їх було розподілено на три групи.

Першу (контрольну) групу склали 22 хворих, які в силу об'єктивних чи суб'єктивних обставин не отримували медикаментозне 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 яких входили: диклофенак, німесулід та кеторолак. Медикаментозний комплекс пацієнтів третьої групи (22 хворих) включав: лінкоміцин, мефенамінову кислоту, габапентин

Таблиця 1. Розподіл хворих по клінічних групах залежно від виду медикаментозного лікування

Клінічна група	Термін лікування	Препарати
I група (n=22)	–	–
II група (n=23)	14	Диклофенак натрію – 75 мг 1 раз на добу в/м Німесулід – 100 мг 2 рази на добу per os Кеторолак – 10 мг 2 рази на добу в/м
III група (n=22)	7	Лінкоміцин – 0,6 г 2 рази на добу в/м Мефенамінова кислота – 0,5 г 3 рази на добу per os Тебантин – 300 мг 2 рази на добу per os Диклофенак натрію у формі гелю 5% – 2 рази на добу місцево

Примітка: в/м – внутрішньом'язово.

(Тебантин) та диклофенак натрію в формі гелю 5,0% (табл. 1). Підставою для використання даних препаратів були їх фармакологічні властивості з багатофакторним механізмом дії. Термін перебування у стаціонарі становив 21 день, протягом цього часу пацієнти отримували медикаментозне та фізіотерапевтичне лікування. За віком і статтю групи були однорідними.

Для вирішення поставлених завдань клінічне обстеження кожного хворого проводили двічі: до початку та після закінчення курсу лікування. Обстеження включало загально-клінічні та спеціальні дослідження.

Під час проведення дослідження автори також проводили ретельний збір анамнезу захворювання та об'єктивне обстеження (щоденна оцінка загального стану, скарг, даних перкусії та аускультативні легенів та серця, пальпація органів черевної порожнини). Усім хворим обов'язково виконували загальнолабораторні дослідження.

Результати та їх обговорення

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

Серед клінічних проявів ОА (до початку лікування) найчастіше спостерігалось відчуття ранкової скрутості до 30 хвилин та біль у суглобах різної інтенсивності, що виникав після перевантаження та наприкінці дня, посилювався під час активних і пасивних рухів та у 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 синовіїту скаржилися на набряк суглобів та гіперемію шкіри над ними. Значну кількість виявлених деформацій у хворих першої та другої груп пояснює відсутність системного підходу до лікування і лікування ОА взагалі більше 10 років.

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

Дані артрологічної симптоматики, отримані після проведення медикаментозного лікування у хворих на ОА з посттравматичним гонартрозом, представлені у таблиці 2. Слід зауважити, що показник кількісної характеристики симптомів, представлених у таблиці 2, не співпадає з кількістю обстежених хворих, тому що переважна кількість пацієнтів мали одночасно декілька симптомів.

Скарги та дані об'єктивного обстеження хворих першої (контрольної) групи після проведеного лікування: відчуття ранкової скрутості 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 – 2 (9,1%); обмеження рухів у колінних та кульшових суглобах – 8 (36,4%); внутрішньо-суглобову кривоточність – 7 (31,8%); зниження функціональної здатності – 12 (54,5%); 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 мали стертий характер (хворі пов'язували їх із вживанням ліків). Крім того, встановлено, що у хворих першої групи біль у суглобах (переважно нижніх кінцівок) має постійний характер

Таблиця 2. Артродіагностичні симптоми у хворих на остеоартроз із посттравматичним гонартрозом

Артродіагностичний симптом	Перша група (n=22)		Друга група (n=23)				Третя група (n=22)			
	Абс.	%	До лікування		Після лікування		До лікування		Після лікування	
			Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Відчуття ранкової скрутості до 30 хвилин	22	100,0	20	86,9	4	18,2	21	95,4	–	–
Біль без навантаження	6	27,3	5	21,7	4	18,2	7	31,8	–	–
Біль при активних рухах	10	4,5	8	34,8	3	13,0	9	40,9	–	–
Біль при пасивних рухах	19	86,4	17	73,9	4	18,2	18	81,8	–	–
Біль при пальпації	2	9,1	3	13,0	3	13,6	3	13,6	2	8,7
Обмеження рухів у суглобах	8	36,4	7	30,4	2	9,1	8	36,4	3	13,0
Зниження функціональної здатності	12	54,5	10	43,5	2	9,1	9	40,9	–	–
Внутрішньосуглобова крепітація	7	31,8	6	26,1	3	13,6	5	22,7	2	8,7
Набряк	5	22,3	4	17,4	–	–	4	18,2	–	–
Підвищення тактильної температури	5	22,3	7	30,4	–	–	6	27,3	–	–
Деформації	22	100,0	11	47,8	11	50,0	3	13,6	3	13,0

і значно підсилюється вночі, а місцеве лікування, якому хворі надають перевагу та використовують лише у разі вираженого больового синдрому, не надає їм позитивної динаміки.

Згідно з зібраним анамнезом у пацієнтів другої групи після проведеного лікування спостерігалися такі симптоми: відчуття ранкової скрутості 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 – 3 (13,6%); обмеження рухів у колінних та кульшових суглобах – 2 (9,1%); внутрішньосуглобову крепітацію – 3 (13,6%); зниження функціональної здатності – 2 (9,1%); набряк та підвищення тактильної температури у суглобах не виявлено; деформація мала місце у міжфалангових суглобах кистей рук у 3 (13,6%) випадках, у колінних суглобах – у 2 (9,1%) хворих та у гомілкових суглобах – у 6 (27,3%).

Скарги та симптоми у досліджуваних пацієнтів, характерні для патології гепатобіліарної системи та шлунково-кишкового тракту: на тупий біль з локалізацією у правому підребер'ї скаржилися 8 (34,7%) хворих (вони відмічали, що біль не пов'язаний з прийомом їжі); біль у лівому підребер'ї та в ділянці епігастрії, який виникав до прийому їжі, мали 12 (52,3%) пацієнтів даної групи; ці хворі також відмічали нудоту та регургітацію з відчуттям гіркоти у роті після прийому їжі, печію. Слід зазначити, що 3 (13,6%) хворих припинили приймати перелічені препарати з приводу вираженої побічної дії на 7-му добу, а 2 (8,7%) – на 9-ту добу. На поновлення больового синдрому після припинення лікування скаржилися 3 (13,6%) пацієнтів.

Дослідження пацієнтів третьої групи після проведеного лікування мали такий результат: відчуття ранкової скрутості хворі не відмічали, біль без навантаження і при пасивних рухах у колінних суглобах також був відсутній; болючість при пальпації колінних і гомілкових суглобів виявлено у 2 (8,7%) хворих; обмеження рухів у колінних та кульшових суглобах – у 3 (13,0%); внутрішньосуглобову крепітацію – у 2 (8,7%); зниження функціональної здатності – в 1 (4,3,0%); набряк та підвищення тактильної температури у суглобах не виявлено; деформація мала місце у міжфалангових сугло-

бах кистей рук у 3 (13,0%) випадках, у колінних суглобах – у 6 (26,1%) осіб, у гомілкових суглобах – у 8 (34,8%).

Скарги, характерні для патології гепатобіліарної системи та шлунково-кишкового тракту, мали таку картину: на тупий давлючий біль з локалізацією у правому підребер'ї скаржилися 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%) пацієнти даної групи; у цих хворих також мала місце нудота та регургітація з відчуттям гіркоти у роті після прийому їжі та печія. Скарг на відновлення больового синдрому протягом одного місяця після припинення лікування не спостерігалося.

Висновки

1. У разі наявності у хворого верифікованого діагнозу «остеоартроз» патогенетичне лікування даного захворювання має бути невід'ємною частиною його комплексної терапії.
2. Комплексна терапія хворих на ОА 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 запобігти швидкому поверненню больового синдрому.

Література

1. Алексеева Л.И. Перспективы комбинированной хондропротекторной терапии остеоартроза. Результаты открытого рандомизированного исследования препарата Артроон комплекс у больных гонартрозом / Алексеева Л.И., Чичасова Н.В., Беневоленская Л.И. и др. // Науч.-практ. ревматология. – 2004. – №4. – С. 77–79.
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. – 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. Остеопороз и дегенеративные заболевания позвоночника в общей терапевтической практике / Верткин А.Л., Наумов А.В. и др. // 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 // Укр. мед. часопис. – 2000. – №3 (17), V/VI. – С. 129–131.
8. Поворознюк В.В., Бабанова І.К. Використання нестероїдних протизапальних препаратів у місцевій терапії у хворих різного віку з патологією кістково-м'язової системи. Метод. рекомендації. – К., 2004. – 29 с.
9. Jordan K.M. EULAR recommendations 2003: an evidence based approach to the management of osteoarthritis: Report of a task Force of a Standing Committee for the International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCIIT) / Jordan K.M., Arden, Doherty M. et al. // Ann. Rheum. Dis. – 2003. – Vol. 1. – P. 13.