УДК 617

ЛЕЧЕНИЕ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ СПБ ГБУЗ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 37» С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

© *Андрей Борисович Смирнов*

СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 37». 191126, Санкт-Петербург, ул. Правды, д. 18

Контактная информация: Андрей Борисович Смирнов — врач хирург СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 37». E-mail: poliklinika37@mail. ru

РЕЗЮМЕ: Наиболее частым из дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата (ДДЗОДА) является остеоартроз (ОА), проявляющийся дегенерацией суставного хряща, развитием краевых остеофитов, деформацией сустава, создающий ряд социально-экономических проблем в виде потери трудоспособности, инвалидизации, вызывающей ухудшение качества жизни и значительные финансовые затраты. Клиническая диагностика остеоартроза затруднена. Это связано с рядом факторов: часто бессимптомностью болезни, различием между рентгенологической картиной и клиническими проявлениями, несоответствием данных артроскопии и рентгенографии пораженных суставов, отсутствием надежных биологических маркеров хрящевого метаболизма, отражающих прогрессирование остеоартроза и имеющих прогностическое значение, индивидуальными для каждой локализации остеоартроза критериями оценки. В лечении ОА ведущим является эффективное и безопасное обезболивание, противовоспалительная терапия с минимальным риском развития осложнений, замедление и/или остановка прогрессии заболевания, улучшение качества жизни пациентов. На базе хирургического отделения СПбГБУЗ «Городская поликлиника № 37» было проведено лечение 180 пациентов с гонартрозом 1–3 ст., имевших сроки заболевания 6 месяцев — 10 лет. В статье представлена оценка результатов лечения данных пациентов, период наблюдения составил 2014–2016 гг., исследование имело сплошной характер.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: остеоартроз; гонартроз; полиостеоартроз; нестероидные противовоспалительные препараты.

TREATMENT OF DEGENERATIVE-DYSTROPHIC DISEASES OF MUSCULOSKELETAL APPARATUS AT SURGICAL DEPARTMENT OF SAINT-PETERSBURG «CITY HOSPITAL № 37» IN THE VIEW OF EVIDENCE-BASED MEDICINE

© *Andrey B. Smirnov*

SPb «City polyclinic № 37». Pravdy str., 18. Saint-Petersburg, Russia, 191126

Contact information: Andrey Smirnov — surgeon, SPb “City hospital № 37”. E-mail: poliklinika37@mail. ru

ABSTRACT: The most common of degenerative-dystrophic diseases of musculoskeletal apparatus is osteoarthritis (OA) characterized by degeneration of articular cartilage, development of marginal osteophytes, joint deformation, creating a number of social-economic problems in the form of

disability causing deterioration in the quality of life and considerable financial costs. Clinical diagnosis of osteoarthritis is difficult to make. This is due to a number of factors: asymptomatic disease, some difference between the x-ray picture and clinical manifestations, nonconformity of arthroscopy and radiography of the affected joints, lack of reliable biological markers of cartilaginous metabolism, reflecting the progression of osteoarthritis and having a prognostic value, individual for each localization of osteoarthritis evaluation criteria. In the treatment of OA the main role is given to effective and safe analgesia, anti-inflammatory therapy with minimal risk of complications, slowing and/or stopping the progression of the disease, improving the quality of patients life. Surgical department of SPb "City polyclinic № 37" treated 180 patients with gonarthrosis of 1–3 degree, the duration of the disease was 6 months — 10 years. The article presents an assessment of the results of treatment of these patients, the observation period was 2014–2016, the study had a continuous character.

KEY WORDS: osteoarthrosis; gonarthrosis; polyosteoarthrosis; nonsteroidal anti-inflammatory drugs.

По данным литературы, остеоартроз описывается у 6,4–12% обследованных пациентов. Заболеваемость остеоартрозом резко увеличивается с возрастом, достигая трети населения в пожилом и старческом возрастах. Среди больных остеоартрозом в молодом возрасте преобладают мужчины, а в пожилом возрасте — женщины [2, 5].

При медленно прогрессирующих манифестных формах полиостеоартроза в пожилом и старческом возрасте наиболее часто отмечено параллельное поражение дистальных межфаланговых суставов кисти, коленных суставов и суставов поясничного отдела позвоночника. Именно параллельное вовлечение суставов верхних, нижних конечностей и позвоночника отличает полиостеоартроз (ПОА) и ОА с локальной суставной патологией. За ними по частоте встречаемости следуют изменения шейного, грудного отделов позвоночника, плечевых, голеностопных, тазобедренных суставов и совсем редко — локтевых и лучезапястных.

Коморбидные состояния (артериальная гипертензия, сахарный диабет, гиперхолестеринемия, заболевания почек) часто сопровождают ОА, что может быть одним из критериев его первичного выявления.

Все лекарственные средства из группы нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) обладают симптоматическим действием, уменьшая болевой синдром и явления воспаления, но в то же время отрицательно действуя на сердечно-сосудистую систему и органы желудочно-кишечного тракта, на процессы восстановления хряща и могут быть использованы лишь как вспомогательные.

Данное исследование основано на анализе лечения 180 пациентов с гонартрозом 1–3 ст. в период с 2014 г. по 2016 г. Давность заболевания от 6 месяцев до 10 лет. Среди обратившихся преобладали женщины — 148 человек. Возраст больных составил от 36 до 73 лет. Больные в исследуемых группах не дифференцировались между собой по возрасту, полу, средней длительности заболевания, степени функциональных нарушений в суставах. При рентгенологическом обследовании определялась степень (стадия) гонартроза, которая в процессе лечебных мероприятий оценивалась только клинически. Из методов обследования использовались: рентгенологическое обследование по общепринятой методике в прямой и боковой проекциях (оценка результата по Келлгрену-Лоренсу), УЗИ коленных суставов [6], гониометрия для определения объема движений в коленных суставах, ВАШ — визуально-аналоговая шкала боли с оценкой интенсивности боли, индекс боли Лекена [3], клинико-биохимическое исследование крови и мочи.

При остром воспалительном процессе в виде болевого синдрома, отека и ограничения объема движений нами весьма успешно, исключая больных с наличием противопоказаний, использовалось внутрисуставное и параартикулярное введение дипроспана (бетаметазона дипропионат) в дозе 1,0 мл. (n = 101) [1, 4]. Оценка результата в виде уменьшения болевого синдрома, отека и увеличения объема движений производилась через 7, 14, 60 дней после введения. Одного введения, как правило, хватало, чтобы купировать острые проявления болезни. Тем пациентам, у кого болевой синдром сохранялся, проводилось повторное введение препарата в той же дозе через 2 недели. Третье введение не проводилось, даже если клиника болезни сохранялась, для исключения

проявления возможных побочных эффектов. У 9 человек в течение 1–2 дней после введения препарата отмечались «скачки» артериального давления, снимавшиеся гипотензивными препаратами (табл. 1).

Как видно из таблицы 1, более эффективным оказалось внутрисуставное введение дипроспана с наименьшим числом осложнений в виде подъема артериального давления, что можно объяснить системным глюкокортикоидным действием и быстрым всасыванием препарата при параартикулярном введении. Кристаллы дипроспана, в отличии, например, от полигональных кристаллов кеналога, имеют округлую форму, что предотвращает травмирование хрящевой ткани сустава при физической нагрузке на него.

Местно назначались мази и пероральные формы НПВП (диклофенак — табл. по 50 мг 2 раза в день, он же в виде мази, геля и ректальных суппозиториев, найз 100 мг по 1 табл. 2 раза в день) коротким курсом до 5–7 дней, сеансы физиотерапии.

После стихания остроты процесса и в «холодном» периоде ОА с хорошим результатом использовалось интрасуставное и внутримышечное введение хондропротекторов (n=73) (так называемых медленно действующих препаратов — МДП, основные из которых — хондроитин сульфат и глюкозамин гидрохлорид) курсами 2 раза в год (алфлутоп по 2 мл интрасуставно 2 раза в неделю № 6 с последующим в/м введением по 1 мл № 20) (табл. 2).

Из данных таблицы № 2 следует, что при совместном последовательном применении внутрисуставных и внутримышечных инъекций алфлутопа [3] результат примерно на 23% лучше, чем при только внутримышечном введении. Осложнения в виде усиления болей при внутрисуставном введении отмечалось у 2 пациентов (4,1%), в виде местно-аллергических реакций — у 3 (6,1%), которые снимались приемом антигистаминных препаратов (кестин 20 мг 1 р/день № 7–10) и приемом НПВП (найз 100 мг 2р/д 5–7 дн.). Улучшение выражалось в уменьшении болевого синдрома, улучшении подвижности суставов, снижении боли по ВАШ и показателей индекса Лекена.

Перорально назначался терафлекс, содержащий 400 мг хондроитина сульфата и 500 мг глюкозамина гидрохлорида, в течение 3 мес. 2 р. в год в дозе, рекомендуемой производителем (в течение 3 недель по 1 капсуле 3 раза в день и далее по 1 капсуле 2 раза в день в течение 3 месяцев). Данные препараты обладают хондромодифицирущим действием, предупреждают деградацию хряща.

Кроме того, в лечении ОА нами использовались ортопедические мероприятия в виде ношения ортезов в период обострения, корригирующей ортопедической обуви при функциональном укорочении конечности при сопутствующей сколиотической деформации позвоночника и перекосе таза, а также все способы реабилитации в виде ФТЛ, ЛФК, массажа.

На фоне нормализации образа жизни в виде сбалансированного питания, качествен-

Таблица 1

Результаты лечения пациентов в зависимости от способа введения дипроспана

Способ введения дипроспана	Число пациентов	Результат					
		Улучшение		Без эффекта		Ухудшение	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%
Интрасуставное	52	41	78,8	4	7,7	7	13,5
Параартикулярное	12	7	58,3	3	25	2	16,7
Всего	64	48	75	7	10,9	9	14,1

Таблица 2

Способы применения алфлутопа

Применение алфлутопа	Число пациентов	Результат					
		Улучшение		Без эффекта		Ухудшение	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Внутрисуставно и внутримышечно	17	14	82,4	2	11,8	2	11,8
Внутримышечно	22	13	59,1	6	27,3	3	13,6
Всего	49	27	55,1	8	16,3	5	10,2

Таблица 3

Результат лечения остеоартроза

Стадия ОА	Число пациентов	Результат					
		Улучшение		Без эффекта		Ухудшение	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1 ст.	58	53	91,4	4	6,9	1	1.7
2 ст.	41	31	75,6	8	19,5	2	4,9
3 ст.	14	6	42,9	3	21,4	5	35,7
Всего	113	90	79,6	15	13,3	8	7,1

ной питьевой воды, организации режима труда и отдыха, адекватной физической нагрузки и коррекции часто избыточного веса, а так же проводимых лечебных мероприятий значительно улучшилось состояние пациентов, достоверно снизились показатели индекса ВАШ и индекса боли Лекена: у больных с ОА 1 ст. функции сустава восстановились полностью в 91,4%, с ОА 2 ст. — улучшение составило у 75,6% больных, с ОА 3 ст. — у 42,9% (табл. 3).

Из таблицы №3 видно, что наибольших успехов в лечении можно добиться у больных с незапущенными проявлениями гонартроза, в то время как у пациентов с 3 стадией процесс лечебного воздействия не всегда приводит к желаемому результату.

ВЫВОДЫ

Таким образом, раннее выявление начальных признаков ОА, рациональная комплексная терапия с применением глюкокортикоидов (дипроспан) при обострении заболевания и структурно-модифицирующих препаратов (алфлутоп, терафлекс) комбинированным способом (внутрисуставно, внутримышечно и перорально), после снятия острых проявлений, методы ФТЛ, ЛФК с коррекцией диетических пристрастий и избыточного веса, адекватная физическая нагрузка ведут к замедлению болезни, уменьшению выраженности болевого синдрома, повышают уровень доверия к врачу, улучшают прогноз заболевания, позволяют отсрочить или исключить эндопротезирование сустава.

ЛИТЕРАТУРА

1. Насонов Е.Л., Чичасова Н.В., Ковалев В.Ю. Глюкокортикоиды в ревматологии. М.; 1998.
2. Мазурова В. И, Лила А. М, Стернина Ю.И. Системная энзимотерапия. СПб.; 1996.
3. Бадокин В.В. Терапия остеоартроза. Фокус на биологическую активность и клиническую эффективность. Лечащий врач. 2017; N 4: 2–7.
4. Живолупов С.А., Самарцев И.Н. Малоинвазивная терапия (блокады) в неврологии. М.; 2016.
5. Насонова В.А., Цветкова Е.С. Современные принципы лечения остеоартроза. II Международная научно-практическая конференция «Пожилой больной. Качество жизни». М.;. 1998.
6. Шастина В.Р. Значение ультразвукового двумерного сканирования в оценке состояния различных структур коленного сустава у больных ревматоидным артритом. Автореф. дис… канд. мед. наук. М.; 1988.

REFERENSIS

1. Nasonov E.L., CHichasova N. V., Kovalev V. YU. Glyukokortikoidy v revmatologii. [Glucocorticoids in rheumatology]. M.; 1998.
2. Mazurova V.I., Lila A. M, Sternina YU. I. Sistemnaya ehnzimoterapiya. [Systemic enzyme therapy]. SPb.: 1996.
3. Badokin V.V. Terapiya osteoartroza. Fokus na biologicheskuyu aktivnost' i klinicheskuyu ehffektivnost'. [Focus on the biological activity and clinical efficacy]. Lechashchij vrach. 2017; N 4: 2–7.
4. ZHivolupov S. A., Samarcev I.N. Maloinvazivnaya terapiya (blokady) v nevrologii. [Minimally invasive therapy (blockade) in neurology]. M.; 2016.
5. Nasonova V.A., Cvetkova E.S. Sovremennye principy lecheniya osteoartroza. [Modern principles of treatment of osteoarthritis]. II Mezhdunarodnaya nauchno-prakticheskaya konferenciya «Pozhiloj bol'noj. Kachestvo zhizni». M.; 1998.
6. SHastina V.R. Znachenie ul'trazvukovogo dvumernogo skanirovaniya v ocenke sostoyaniya razlichnyh struktur kolennogo sustava u bol'nyh revmatoidnym artritom. [The value of the ultrasonic two-dimensional scanning in the assessment of the various structures of the knee joint in patients with rheumatoid arthritis]. PhD thesis. M.; 1988.