



В.О. Литовченко, М.О. Гуліда, В.В. Григорук

ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Харківський національний медичний університет

Ключові слова: *ревматоїдний артрит, біоімплантація, фетальні тканини.*

Ключевые слова: *ревматоидный артрит, биоимплантация, фетальные ткани.*

Key words: *transplantation, regeneration, rheumatoid arthritis, ultrastructure.*

Подана стаття відображає новий метод лікування ревматоїдного артриту. Запропоновано біоімплантацію фетальних тканин і клітин у комплексі ортопедичних заходів.

Данная статья отражает новый метод лечения ревматоидного артрита. Предложена биоимплантация фетальных тканей и клеток в комплексе ортопедических мероприятий.

The article is dedicated the new method of the rheumatoid arthritis treatment. The authors proposed the bioimplantation of the fetal tissues and cells in rheumatoid arthritis treatment complex.

Ревматоїдний артрит (РА) – одне з хронічних захворювань з вираженою патогенетичною й клінічною гетерогенністю. На ранній стадії РА важко прогнозувати перебіг патологічного процесу: повільно прогресуючий з нешвидким розвитком рентгенологічних змін, швидкопрогресуючий з високими темпами кістководеструктивного процесу й ранньою інвалідизацією або переважання системних проявів [1,2,3].

У разі, коли консервативні методи лікування хворих на ревматоїдний артрит не дають ефекту, актуальним є ортопедичне лікування.

Актуальним також є застосування тканинних і клітинних препаратів у комплексному лікуванні хворих на ревматоїдний артрит.

МЕТА РОБОТИ

Покращити результати лікування хворих на ревматоїдний артрит шляхом біоімплантації фетальних тканин і клітин у комплексі ортопедичних заходів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під спостереженням знаходились 45 хворих на ревматоїдний артрит з переважним ураженням колінних або гомілково-ступневих суглобів, вік – від 17 до 82 років (у середньому – 41,62 роки). Чоловіків – 16 (36,36%), жінок – 29 (63,64%) (табл. 1).

Тривалість захворювання становила до 5 років (у середньому – $3,2 \pm 0,9$ роки).

У залежності від використовуваної терапії, хворих розподілено на 2 групи. У першу ввійшли 20 пацієнтів, які приймали базисну терапію в комплексі з кріоконсервованим екстрактом плаценти. Другу групу (25 хворих) склали пацієнти, яким поряд із зазначеною терапією виконувались оперативні втручання: при II-й стадії РА – субтотальна сіновектомія, сіновкапсулектомія або сіновкапсулхейлектомія, в залежності від ураження синовіальної оболонки.

Дігноз верифікований за критеріями Американського коледжу ревматологів (ACR): кількість болісних і припухлих суглобів, оцінка пацієнтом больових почуттів, оцінка

лікарем і хворим загальної активності захворювання за 10-сантиметровою візуальною шкалою (ВАШ), оцінка пацієнтом фізичних можливостей з використанням Стенфордської анкети й змін ШОЕ [5,6].

Сіркопозитивний за ревматоїдним фактором варіант захворювання діагностований у 22 пацієнтів. У 23 хворих – I ступінь активності РА, II – у 22.

За класифікацією Є.Т. Складенка й В.І. Стецули, у 20 хворих визначено I стадію РА (синовіт); у 18 – II стадія 1 фаза (ексудативно-проліферативний синовіт), у 7 хворих – II стадія 2 фаза (проліферативно-деструктивний панартрит) РА.

Усі хворі приймали нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) короткими курсами й знаходились на базисній терапії: амінохінолінові похідні – плаквеніл (400 мг/добу на 2 прийоми після їжі) або сульфасалазін 2 мг/добу на 2 прийоми після їжі в комплексі з кріоконсервованим екстрактом плаценти.

Суть методу клітинної та тканинної трансплантації полягає в активному замісному й стимулюючому впливі на функціонально неповноцінні клітини й тканини в окремих органах і системах, стимуляції репаративних і обмінних процесів, імунокорекції та імуностимуляції.

Усім хворим вводили препарат кріоекстракт плаценти на 5–7 добу після операції введення КЕП. Кріоконсервований екстракт плаценти (КЕП) є водним екстрактом, що отриманий після дрібнодисперсного фрагментування тканини плаценти. Трансплантація КЕП підвищує неспецифічну резистентність організму в цілому до несприятливих чинників зовнішнього середовища, стимулює репаративні здатності клітин. Водночас, плацента є імуногенним органом і має виразні імунні функції за рахунок репродуктивних імунomodляторів.

Для введення КЕП з контейнера, що знаходився в спеціальних посудинах Дюара з рідким азотом, вкладиш з матеріалом піднімали над рівнем азоту на 10 хв. Анатомічним пінцетом витягували контейнер і поміщали його в стерильну чашку Петрі до повного відігріву за кімнатної температури (зникнення льоду всередині контейнера). КЕП вводили на 5–7 добу після операції внутрішньосуглобово по 1,3–1,5 мл



Розподіл хворих за віком і статтю

№ з/п	Вік	Роки								разом
		17–27		28–38		39–49		Більше 50		
		Ч	Ж	Ч	Ж	Ч	Ж	Ч	Ж	
1.	Консервативне лікування	1	2	-	2	-	4	2	9	20
2.	Оперативне лікування Колінний суглоб Гомілково-ступневий суглоб Променево-зап'ястковий суглоб	3	3	5	4 1 2	2	2	3	-	25
Разом		4	5	5	9	2	6	5	5	45

Таблиця 2

Обсяг оперативних втручань на суглобах при ранніх стадіях РА

Оперований суглоб	Види операцій		
	Синовектомія	синовкапсулектомія	синовкапсул-хейлектомія
колінний	15	5	2
гомілково-ступневий	1	-	-
променево-зап'ястковий	3	-	-

Таблиця 3

Больовий індекс

Локалізація	Критерії в балах				всього
	0 – біль відсутній	1 – незначний біль	2 – помірний біль	3 – сильний біль	
Гомілково-ступневий	-	1	-	-	1
Колінний	19	21	2	-	42
Променево-зап'ястковий	2	-	-	-	2
Загальна кількість	21	22	2	-	45

з інтервалом у 2–3 дні; на курс лікування призначали 3–4 ін'єкції.

20 пацієнтам проведено консервативну терапію протягом 1 місяця, що включала гормональну терапію, застосування імунодепресантів, після чого внутрішньосуглобово вводили екстракт плаценти.

25 хворим, які звернулись до клініки з резистентною формою захворювання до консервативної терапії протягом 6–9 місяців, виконували в комплексі лікувально-профілактичні оперативні втручання, спрямовані на видалення осередку аутоімунного запалення (синовектомії, видалення панусу, грануляційної тканини, патологічно змінених менісків, синовкапсулектомії, осередків хондромаліції та хондродеструкції), після чого внутрішньосуглобово введено екстракт плаценти. За обсягом оперативних втручань хворі розподілялись у такий спосіб (табл. 2).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Запропонована лікувальна тактика дозволила у 11 пацієнтів запобігти оперативному лікуванню й рецидиву синовііту протягом 1 року спостереження, у 9 хворих настала тривала стадія ремісії та відновлення функції пролікованих суглобів. Система оцінки якості лікування визначалась за трьохступеневою шкалою з урахуванням больового індексу (табл. 3), суглобового індексу (табл. 4), запального індексу за Річі-Лансбурі (табл. 5).

При лікувально-профілактичних операціях позитивними результатами вважалися такі, за яких функція суглобу й біомеханічна вісь нижньої кінцівки повністю відновлювались, хворий міг самостійно рухатись, візуально й пальпаторно ексудація відсутня або незначна, пальпаторно суглоб

нечуттєвий або визначалась помірною болочістю; біль відсутній або незначний при активних і пасивних рухах, відзначалась ФПК-0, що складало від 0 до 3 балів – 43 хворих (95,5%).

До задовільних результатів належали такі, коли рухи в суглобах дещо обмежені (в межах 15–20), біомеханічна вісь нижньої кінцівки зміщувалась не більше ніж на 5–10, хворий міг самостійно рухатись, візуально й пальпаторно ексудація незначна або помірною, при пальпації визначалась помірною болочістю; біль помірний при активних і пасивних рухах, відзначалась ФПК-1, що складало від 4 до 6 балів – 2 хворих (4,5%).

Під незадовільними результатами розуміли значне порушення функції нижньої кінцівки, наявність хибної установки, коли хворий не міг нею користуватись ні самостійно, ні за допомогою милиць. Візуально й пальпаторно визначалась сильна ексудація, при пальпації – різка болочість, відзначалась ФПК-2, що складало від 7 до 9 балів, таких хворих під спостереженням не було.

ВИСНОВКИ

Застосування препарату кріоекстракту плаценти у хворих на ревматоїдний артрит дозволило отримати довгострокову ремісію.

Добрі й задовільні результати склали 100% (добрі 95,5%, задовільні – 4,5%).

Аналізована методика лікування хворих на ревматоїдний артрит на ранніх стадіях дозволяє затримати й запобігти розвитку хибних установок, попередити порушення функції суглобів (контрактур, тугоухомості), а отже й поліпшити якість життя.

Таблиця 4

Суглобовий індекс

Локалізація	Критерії в балах				Всього
	0 – суглоб нечуттєвий	1 – слабкий біль	2 – помірний біль	3 – різкий біль	
Гомілково-ступневий	-	1	-	-	1
Колінний	9	31	2	-	42
Променево-зап'ястковий	2	-	-	-	2
Загальна кількість	11	32	2	-	45

Таблиця 5

Запальний індекс

Локалізація	Критерії в балах				Всього
	0 – ексудація відсутня	1 – незначна ексудація	2 – помірна ексудація	3 – значно виражена ексудація	
Гомілково-ступневий	1	-	-	-	1
Колінний	34	8	-	-	42
Променево-зап'ястковий	2	-	-	-	2
Загальна кількість	37	8	-	-	45

ЛІТЕРАТУРА

1. Герасименко С.И. Ортопедические аспекты лечения ревматоидного артрита и болезни Бехтерева / С.И. Герасименко // Материалы украинской ревматологической школы, 28–29 марта 2003 г. – К.: КНИГА, 2003. – С. 82–114.
2. Коваленко В.Н. Ревматоидный артрит. Диагностика и лечение / В.Н. Коваленко – К.: МОРИОН, 2001. – 272 с.
3. Колесниченко В.А. Особенности восстановительного лечения на ранних стадиях артроза коленного сустава / В.А. Колесниченко, О.Е. Выва, В.А. Стауде // Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. Шупика. – К., 2003. – Вип. 12. – Кн. 2. – С. 71–73.
4. Левенець В.Н. Патогенетичні принципи консервативного лікування деформуючого артрозу / В.Н. Левенець, А.І. Терзав, М.Г. Мірошніченко // Матеріали Пленуму ортопедів-травматологів України. – Київ–Одеса, 1998. – С. 102–104.
5. Насонова В.А. Базисная терапия ревматоидного артрита в ранней стадии / В.А. Насонова, Я.А. Сигидин // Терапевт. Арх. – 1996 – №5. – С. 5–8.

Відомості про авторів:

Литовченко В.О., д. мед. н., професор каф. травматології та ортопедії ХНМУ.
 Гуліда М.О., лікар-травматолог КЗОЗ «Обласна клінічна лікарня. Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф».
 Григорук В.В., аспірант каф. травматології та ортопедії ХНМУ, лікар-травматолог КЗОЗ «Обласна клінічна лікарня. Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф».

Адреса для листування:

Литовченко Віктор Олексійович. 61022, м. Харків, пр. Правди, 13.
 Тел.: 705-67-15