

## ДИФЕРЕНЦІАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ОСТЕОАРТРОЗОМ ВЕЛИКИХ СУГЛОБІВ

*С.А.Цівина, В.І.Варус, О.А.Компанієць,  
М.І.Бадюк, О.М.Власенко, Б.А.Клішевич*

**Головний військовий медичний клінічний центр «ГВКГ»,  
Українська військово-медична академія  
Київ, Україна**

---

З огляду на сьогоденішній економічний стан нашої країни, виконання ендопротезування великих суглобів за прямими показаннями можливе в рідкісних випадках і в зв'язку з цим роль консервативної терапії при остеоартрозах великих суглобів, у тому числі і при пізніх стадіях захворювання, залишається актуальною. Під нашим спостереженням в клініці проліковано 83 пацієнта з остеоартрозом великих суглобів. Пріоритетним було комплексне негормональний лікування хондропротекторами в поєднанні з протизапальними препаратами (селективними блокаторами ЦОГ-2). При необхідності прибігали до місцевої продовженої гормональної терапії. Отримані задовільні функціональні результати лікування.

*Ключові слова: остеоартроз великих суглобів, нестероїдні протизапальні препарати, хондропротектори.*

---

### **Вступ**

Розробка й впровадження ефективного комплексного підходу до лікування остеоартрозу опорно-рухового апарату є надзвичайно актуальним, оскільки понад 1 млн. 300 тис. населення України страждає на означену патологію. Стандартизація такого лікування необхідна на державному рівні, оскільки засоби лікування та їх застосування дуже різняться в різних лікувальних установах. Нерідко застосовуються маловідомі препарати, що мають сильну сенсibilізуючу дію,

отримані з натуральних речовин, «новаторські фізичні методи», які не пройшли інколи навіть самих елементарних перевірок. Крім витрачених грошей та розчарування пацієнтів, це обертається втратою часу, появою різноманітних ускладнень. Окрім того, остеоартроз спричиняє величезні економічні збитки. Враховуючи економічний потенціал країни, та неможливість широкого впровадження в ортопедо-травматологічну практику ендопротезування суглобів за наявності у пацієнта прямих показань, необхідно велику увагу приділяти якісному консервативному комплексному лікуванню цієї патології.

Лікування остеоартрозу опорно-рухового апарату має включати протизапальні, протибольові, хондропротекторні засоби і бути спрямованим на відновлення максимально можливої функції.

Етіологія захворювання різна, та основними причинами виступають: травматичні ушкодження в анамнезі, що призвели до неспроможності фіксуєчого апарату (зв'язки, сухожилки) з подальшим розвитком нестабільності суглобу; часткова дисплазія суглобу; великі та неадекватні перевантаження суглобу (у спортсменів, при надлишковій вазі, при вібраційних роботах); гормональні захворювання та наслідки лікування гормональними та протизапальними препаратами.

У лікуванні таких хворих першочерговим, а у нашій країні, де не витримуються стандарти рецептурних форм роботи фармакологічними установами, стає застосування нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), призначених лікарем. Так, близько 30 млн. людей у світі щоденно вживають НПЗП. Щороку виписуються понад 60 млн. рецептів на НПЗП, 90% з яких для людей літнього та похилого віку. На думку лікарів і пацієнтів, популярність НПЗП пояснюється тим, що вони мають протизапальний, аналгетичний і жарознижувачий ефекти та полегшують стан хворих із відповідними симптомами (запалення, біль, лихоманка). Але, незважаючи на клінічну ефективність, використання НПЗП має обмеження, пов'язані з їх побічними ефектами. Особливо високий ризик ускладнень у осіб похилого віку, що становлять основну групу споживачів цих препаратів.

Згідно із сучасними поглядами, основний фармакологічний ефект НПЗП — це інгібування активності циклооксигенази (ЦОГ). Сьогодні доведено існування двох різновидів ЦОГ 1-го і ЦОГ 2-го типу. ЦОГ-1 утворюється за звичайних умов та являє собою гомеостатичну ізоформу, конститутивно присутню в багатьох тканинах. Вона каталізує синтез простагландинів, які виконують функцію

гастропротекції та судинного гомеостазу. Продукція ЦОГ-2 індукується різними факторами запалення, в тому числі цитокінами та факторами росту. На жаль, здатність НПЗП інгібувати ЦОГ-1 супроводжується небажаними побічними ефектами, в тому числі виразкуванням слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки, порушенням видільної функції нирок. Через це великий інтерес викликає група селективних інгібіторів ЦОГ-2, які здатні діяти тільки у вогнищі запалення. Ці препарати майже не спричиняють ерозивних змін слизової оболонки травного тракту (ТТ), значно менше порушують видільну функцію нирок. Також для ортопеда-травматолога важливо, що високоселективні інгібітори ЦОГ-2 не пригнічують синтез протеогліканів артрозним хрящем, на відміну від не-селективних і не зумовлюють прогресуючої дегенерації хрящової тканини. Згідно з класифікацією, НПЗП за селективністю щодо ЦОГ-2 поділяють на помірно селективні (мелоксикам, німесулід) та високоселективні інгібітори (група коксибів — целекоксиб, рофекоксиб). Співвідношення активності НПЗП стосовно пригнічення ЦОГ-1/ЦОГ-2 свідчить про потенційну токсичність препарату. Чим менше ця величина, тим більш селективний препарат стосовно ЦОГ-2, тобто менш токсичний.

### ***Матеріали та методи дослідження***

В зв'язку з етіопатогенетичними поглядами на лікування у нашій клініці виконуються усі види оперативних втручань. Ендопротезування двополосне при найбільших ураженнях застосовується рідше по економічним обставинам, коригучі остеотомії більш показані в молодому та середньому віці. Відновлення фіксуючих анатомічних структур проводиться як артроскопічно, так й звичайними відновлюваними операціями також у суглобах з наявними післятравматичними та дегенеративними змінами.

Нами відпрацьований досить ефективний комплекс консервативного лікування даної патології, який застосували у 83 хворих.

При достатньо збережених суглобових хрящах в стадії субкомпенсації: внутрішньосуглобове введення хондропротекторів (алфлутоп, гіалган, ферматрон, цель Т) наступним чином: алфлутоп по 2 мл в порожнину великих суглобів і по 1 мл в порожнину малих суглобів з інтервалом 3 дні — 5 введень, з подальшим введенням алфлутопа по 1 мл внутрішньом'язево, 1 раз в день на протязі 10 днів; гіалган чи ферматрон по 2 мл в порожнину великих суглобів з ін-

тервалом 7 днів №3, цель Т — внутрішньосуглобово 2,2 мл 2 рази на тиждень з одночасним призначенням пероралих хондропротекторів (структур, артрофлекс, терафлекс та ін. по 500 мг хондроїтина сульфату щоденно в 2 прийоми).

При виражених змінах (різкому зниженню висоти суглобової щільності на рентгенограмах, наявністю остеофітів) лікування обов'язково доповнює парартікулярним введенням суміші розчинів: дипропан — 1 мл, контрикал 10 тис.од., і 1 мл 30% розчину лінкоміцину, особливо при наявності переважного парартікулярного больового синдрому, по 1-3 ін'єкції, в залежності від ефекту, через 5-7 днів.

Нестероїдна протизапальна терапія: внутрішньом'язово, перорально чи ректально доповнює лікування на різних стадіях патологічного процесу при наявності больового синдрому (рофіка, моваліс, целебрекс, олфен, німесулід).

Вікові межі пацієнтів становили 18-82 роки. Це, у свою чергу, передбачає наявність супутньої соматичної патології осіб похилого та літнього віку, що мають протипоказання до застосування неселективних НПЗП.

Рекомендована схема застосування препарату Рофіка: перші 3 дні по 25 мг 2 рази на добу (ранок-вечір), з 4-го дня по 25 мг одноразово протягом 14-21 дня; моваліс 15 мг, внутрішньом'язово, 1 раз в день на протязі 5 днів з подальшим прийомом рофіки 25 мг, 1 раз в день — 14 днів; олфен 100 ректокапс, ректально, 1 раз в день з подальшим прийомом рофіки 25 мг, 1 раз в день - 14 днів. Комбінація препаратів здійснювалась в залежності від стадії патологічного процесу, вираженості больового синдрому та з урахуванням раніше одержаної терапії.

Терапія спрямована на покращення мікроциркуляції: розчин натрію хлориду 0,9% 100 мл і пентоксифілін 5 мл внутрішньовенно, краплинно, 1 раз в день на протязі 10 днів.

Манжетовий витяг за гомілку з вагою 1-2 кг, в залежності від суглобу на протязі 1,5-2 годин перед сном - 10-14 днів.

Фізіотерапевтичне лікування: ультразвук на область суглобу із нестероїдними протизапальними гелями, мазями (долобене-гель; діклак-гель; олфен-гель; хондроксид-мазь) на протязі 10 днів з подальшим місцевим використанням вищезгаданих препаратів, амбулаторно, на протязі 1-2 місяців.

Масаж кінцівок, після зменшення больового синдрому (з 3-5 дня лікування) на протязі 10 днів. Лікувальна фізкультура під керівництвом

тивом інструктора відділення ЛФК. Санаторно-курортне лікування (санаторій Хмільник, Саки).

Рекомендоване консервативне лікування доцільно проводити 1 раз в 6 місяців.

### ***Результати дослідження та їх обговорення***

Ефективність лікування оцінювали з урахуванням больового синдрому, скутості рухів, ступеня відновлення (покращення) функції кінцівок. Отримано такі результати: добрий — 58,3% (14) від загальної кількості пацієнтів (24), помірний — 20,8% (5), незначний — 12,5% (3), без ефекту — 8,4% (2).

При відсутності позитивного ефекту від проведеного консервативного лікування пацієнтів у стадії декомпенсації з деформуючим артрозом великих суглобів III-IV ст. (незначний ефект та без ефекту — 20,9% — 5 пацієнтів), ставиться питання про ендопротезування суглобу. На жаль, в зв'язку з економічним становищем, у відділенні виконується тільки ендопротезування кульшового суглобу, імплантатів колінного суглобу на медичному постачанні у ЗС України немає.

### ***Висновок***

Враховуючи досить високий відсоток — 79,1% (19) позитивного ефекту від проведеного консервативного лікування пацієнтам із остеоартрозом великих суглобів, розроблений та застосований в клініці нами комплекс лікування може бути рекомендований для прийняття за медичний стандарт лікування даної патології.

### ***Література***

1. Шумада И.В. Диагностика и лечение дегенеративно-дистрофических поражений суставов. — К.: Здоровье. — 1990. — С. 55-86; 143-169.
2. Подрушняк Е.П., Рокита Л.Т. Особенности клинико-рентгенологического течения деформирующего артроза тазобедренного сустава // Ортопедия, травматология, протезирование. — 1982. — №5. — С. 27-29.
3. Шумада И.В., Суслова О.Я. Дегенеративно-дистрофические поражения суставов, как одна из ведущих проблем ортопедии / Труды VIII съезда травматологов-ортопедов УССР. — К. — 1980. — С. 40-45.
4. Чепой В.М. Диагностика и лечение болезней суставов. — М.: Медицина. — 1990. — С. 276-277.
5. Насонов Е.П. НПВС. — 1999.
6. Руденко В.Г. Место хондропротекторов в терапии заболеваний суставов // Медицина сегодня. — 2003. — №14. — С. 10.

7. Гайко Г.В., Рой И.В., Твардовская С.П., Секер Т.М. Применение препарата Мовалис при лечении обострений дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата / Рекомендации института травматологии и ортопедии АМН Украины. — 2003.
8. Ладжуж-Резиг А., Закрави Л., Юбельгарт Д. Профилактика и лечение артрозов: биомеханические и биохимические аспекты // Ліки України. — 2003. — №4. — С. 35-36.

***С.А.Цивина, В.И.Варус, О.А.Компаниец, М.И.Бадюк, О.М.Власенко, Б.А.Клишевич Дифференциальный подход к лечению пациентов с остеоартроза крупных суставов. Киев, Украина.***

***Ключевые слова: остеоартроз крупных суставов, нестероидные противовоспалительные препараты, хондропротекторы.***

Учитывая сегодняшнее экономическое состояние нашей страны, выполнение эндопротезирования крупных суставов по прямым показаниям возможно в редких случаях и в связи с этим роль консервативной терапии при остеоартрозах крупных суставов, в том числе и при поздних стадиях заболевания, остается актуальной. Под нашим наблюдением в клинике пролечено 83 пациента с остеоартрозом крупных суставов заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Приоритетным было комплексное негормональное лечение хондропротекторами в сочетании с противовоспалительными препаратами (селективными блокаторами ЦОГ2). При необходимости прибегали к местной продленной гормональной терапии. Получены удовлетворительные функциональные результаты лечения.

***S.A.Tsivina, V.I.Varus, A.A.Kompaniyets, M.I.Badyuk, O.M.Vlasenko, B.A.Klishevich. Differential approach to the treatment of patients with osteoarthritis of the large joints. Kyiv, Ukraine.***

***Key words: osteoarthritis of large joints, non-steroidal anti-inflammatory drugs, chondroprotectors.***

Given the current economic state of the country, the implementation of large joint arthroplasty direct testimony may, in rare cases, and in this connection the role of conservative therapy osteoarthrosys of large joints, including those with advanced disease, remains relevant. We observed in the clinic treated 83 patients with osteoarthritis of the large joints diseases of the musculoskeletal system. The priority was the complex non-hormonal treatment chondroprotector combined with anti-inflammatory drugs. Call upon the local extension of hormone therapy. Give a satisfactory functional outcome.