

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОАРТРОЗА ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Хурса Р.В., Яковлева Е.В., Месникова И.Л.

УО «БГМУ», г. Минск, Республика Беларусь

Первичный остеоартроз (ОА) – хроническое прогрессирующее дегенеративное заболевание суставов, характеризующееся деградацией суставного хряща с последующими изменениями в субхондральной кости и развитием краевых остеофитов, приводящее к сопутствующему поражению синовиальной оболочки, связок, капсулы сустава и околосуставных мышц.

Остеоартроз является наиболее распространенной суставной патологией. По данным ревматологов Европы и США, на долю этого заболевания приходится до 70% всех ревматических болезней и около 80% всех заболеваний суставов, что составляет 10-16% населения земного шара. Причем в 10% случаев остеоартроз, особенно крупных суставов, приводит к инвалидности пациентов [1, 3, 4].

Основной целью лечения ОА является замедление прогрессирования дегенерации хряща, максимальное сохранение функции сустава и, в конечном счете, улучшение качества жизни пациентов, предотвращение инвалидности.

Фармакологические средства лечения ОА, используемые в клинической практике, на сегодняшний день, включают 2 основных класса лекарственных средств: симптоматические препараты быстрого действия – анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты, которые уменьшают выраженность боли, припухлость, скованность и улучшают функцию суставов, и симптоматические препараты замедленного действия (медленно действующие, традиционно именуемые хондропротекторами).

Медленно действующие препараты обладают как достаточно выраженным действием на боль и функциональное состояние суставов, так и определенными хондропротективными свойствами. Наступления эффекта можно ожидать обычно спустя

2-8 нед. от начала лечения, а его сохранения - в течение последующих 3-6 мес. [3]. Эта группа средств представлена препаратами на основе хондроитин-сульфата (структум, хондролон, хонсурид, хондромед), гликозамин-сульфата (ДОНА, артрил и др.), гиалуроновой кислоты (гиалган, синвиск), а также их комбинациями, в том числе в сочетании с природными биологически активными компонентами: диасереин (арт-50), неомыляющиеся соединения сои и авокадо (пиаскледин), алфлутоп (биогенный стимулятор с антигиалуронидазной, противовоспалительной и регенеративной активностью).

Оценка эффективности медикаментозной терапии осуществляется, как правило, по следующим показателям: суставной счет, количество воспаленных суставов, продолжительность и выраженность скованности, функциональное состояние тазобедренных и коленных суставов по суммарному альгофункциональному индексу Лекена в баллах, оценке функциональных возможностей по Станфордской анкете оценки здоровья (HAQ) в баллах, общей оценке боли и оценке боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в баллах от 0 до 100.

Цель исследования – оценка клинической эффективности монотерапии препаратом «Хондромед» (хондроитинсульфат-натрий, Лекфарм, РБ) в амбулаторном лечении первичного остеоартроза (ОА) с использованием показателей качества жизни.

Материал и методы. В амбулаторных условиях проведено рандомизированное плацебо-контролируемое двойное слепое исследование двух групп пациентов с ОА (преимущественно кокситом и/или гонитом): № 1 (получали хондромед по 1500 – 1000 мг/сут в течение 2 мес.) - 51 чел., средний возраст $54,9 \pm 1,4$ лет, и № 2 (получали плацебо в том же режиме) – 23 чел., возраст $50,6 \pm 3,0$ лет. Контролем по качеству жизни (КЖ) служили 30 практически здоровых пациентов, сопоставимых по полу и возрасту. Пациенты были тщательно обследованы клинически, рентгенологически и др. Трижды (исходно, через 1 мес. и в конце) исследовалось КЖ по валидированной нами русскоязычной версии общего опросника RAND-36, включающего 36 вопросов, подразделённых на 9 шкал: PF (физическое функционирование), RP (ролевые ограничения,

обусловленные проблемами физического здоровья), RE (ролевые ограничения, обусловленные личными или эмоциональными проблемами), EF (энергичность/усталость), EW (эмоциональное самочувствие), SF (социальное функционирование), BP (телесная боль), GH (общее восприятие здоровья) и HH (сравнение самочувствия с предыдущим годом) [2]. Результаты представляются в баллах от 0 до 100, более высокий балл соответствует лучшему состоянию здоровья.

Различие между параметрами считали статистически достоверным при $P < 0,05$. Вычисления проводились с использованием программного пакета Statistics for Windows 6.0.

Результаты. По исходным показателям суставного синдрома, КЖ и другим клиническим характеристикам пациенты групп № 1 и № 2 статистически достоверно не различались. Исходное КЖ по большинству показателей в обеих группах достоверно отличалось от показателей КЖ у здоровых, отражая негативное влияние ОА на жизнь пациентов. При втором и последнем осмотрах в группе №1 отмечено достоверное ($P < 0,002$) улучшение по всем показателям поражения суставов, а в группе № 2 улучшение при втором осмотре было только по отдельным показателям, но к концу наблюдения оно сохранилось только по общей оценке боли, по остальным «суставным» показателям достоверных различий с исходным состоянием уже не было. Через месяц лечения в группе № 1 достоверно улучшились все показатели КЖ, кроме шкалы «социальное функционирование», а в конце наблюдения все без исключения показатели достоверно ($P \leq 0,002$) отличались в лучшую сторону от исходных значений. В группе № 2 при втором осмотре отмечена положительная динамика только по показателям RP, GH ($P = 0,03-0,04$), но при последнем осмотре достоверных различий с исходным состоянием уже не было выявлено. Общий эффект лечения к концу наблюдения врачи оценили как «хороший» и «удовлетворительный» у всех пациентов группы № 1, тогда как в группе № 2 у подавляющего большинства пациентов (у 65,2%) эффекта не было.

Заключение. Показатели КЖ можно использовать как объективные критерии оценки клинической эффективности

терапии в амбулаторном лечении ОА.

Литература

1. Мазуров, В.И. Клиническая ревматология. Руководство для практических врачей. 2-е изд. / В.И. Мазуров. – Изд-во: Фолиант. – 2005. – 520 с.

2. Месникова, И.Л. Адаптированная к условиям Республики Беларусь методика оценки качества жизни больных и инвалидов: Метод. рекомендации. / И.Л. Месникова. – Бел. гос. мед. ун-т. – Мн, 2005. – 20 с.

3. Насонова, В. А. Итоги многоцентрового клинического исследования препарата структум в России / В. А. Насонова [и др.]. – Тер. архив. - 2001. - № 11. - С. 84-87.

4. Остеоартроз: современное состояние проблемы (аналитический обзор) / С. П. Миронов [и др.]. – Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. – 2001. – № 2. – С. 96-99.

СЕРОТОНИН, ЕГО ПРЕДШЕСТВЕННИКИ И МЕТАБОЛИТЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У МАТЕРЕЙ В ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД

Шейбак Л.Н., Протасевич Т.С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
2-я кафедра детских болезней, г. Гродно, Республика Беларусь

Биогенные амины являются сильными биологически активными веществами, оказывающими разностороннее влияние на широкий спектр физиологических функций организма. К биогенным аминам относятся дофамин, норадреналин, адреналин, серотонин и другие биологически активные соединения. Катехоламины и серотонин относятся к биологически активным нейроиммуноэндокринным медиаторам, регулирующим функции плаценты.

Серотонинергическая нейромедиаторная система является одной из активно функционирующих нейротрансмиссерных