



УДК 616.72-009.7

Л. Н. Єфременкова

ОСОБЛИВОСТІ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗІ

Одеський державний медичний університет

Актуальність проблеми остеоартрозу (ОА) нині ні в кого не викликає сумнівів. Незважаючи на широкомасштабні та тривалі дослідження в усьому світі, серед проблем діагностики наявності, прогресування та лікування ОА залишається багато нез'ясованих питань. Про масштабність проблеми свідчить той факт, що Всесвітня організація охорони здоров'я період 2000–2010 рр. визначила як десятиліття захворювань опорно-рухового апарату, а до найпоширеніших і найзатратніших як з економічної, так і з соціальної точки зору належать ОА, остеохондроз, остеопороз, травми опорно-рухового апарату та болі в нижній частині спини [1]. Прямо на тривалість життя ОА не впливає, але значно погіршує його якість, він є одним із лідерів з тривалості тимчасової та стійкої непрацездатності, що призводить, окрім значного погіршення якості життя, ще й до великих економічних затрат. Тому Європейська антиревматична ліга в своїх рекомендаціях щодо дослідження ОА колінних і кульшових суглобів [2; 3] ставить завдання поглибленого вивчення патогенезу, особливостей клінічного перебігу, факторів прогресування ураження суглобів і маркерів прогресування, пошуку ефективних засобів сповільнення прогресування ураження суглобового хряща при ОА та покращання якості життя. Причому особливо акцен-

тується увага на уніфікації способів і методів дослідження для можливості подальшого використання одержаних даних при метааналізі.

За даними різних авторів, за наявності ОА кульшових і колінних суглобів існує прямий взаємозв'язок із рентгенологічною стадією ураження суглобів, а за наявності ОА неопорних суглобів такий взаємозв'язок існує не завжди [4]. Для кульшових суглобів показано взаємозв'язок між рентгенологічною стадією та інтенсивністю больового синдрому, а для колінних суглобів такі дані відсутні. Показано також, що біль при ОА може бути пов'язаний із різними факторами, а результируючий біль складається з кількох компонентів, а саме: з болю, пов'язаного із запаленням, болю, пов'язаного з ураженням навколосуглобових тканин, з венозним застоєм у субхондральній кістці та деформацією субхондральної губчастої кісткової тканини, пов'язаної зі зменшенням висоти суглобового хряща при прогресуванні ураження суглоба [5; 6].

Тому **метою** нашого дослідження було вивчення особливостей виникнення, характеру та впливу на якість життя больового синдрому при ОА колінних суглобів.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети проведено обстеження 132 хворих на ОА колінних су-

глобів, середній вік яких становив $(61,1 \pm 2,3)$ року, усього 89 жінок і 43 чоловіки. Всім хворим проводили клінічне та лабораторно-інструментальне дослідження, що включало, крім суб'єктивного й об'єктивного, рентгенографію колінних суглобів у двох проекціях, загальний аналіз крові, вміст білка та білкових фракцій, вміст С-реактивного білка. Діагноз ОА визначали за критеріями Л. І. Беневоленської і співавторів [4], рентгенологічну стадію визначали за допомогою критеріїв J. H. Kellgren і J. S. Lawrence [4].

Особливості больового синдрому вивчали за допомогою з'ясування інтенсивності болю за 10-бальною візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) й альгофункціональним індексом Лекена, якість життя визначали за допомогою стандартного опитувальника шкали EuroQol-5D. Додатково досліджували характер больового синдрому з переважним внеском у нього запального компонента, болю, пов'язаного з ураженням навколосуглобових тканин, болю, пов'язаного з венозним застоєм у субхондральній кістці та деформацією губчастої кісткової тканини при зменшенні товщини суглобового хряща. Пацієнта просили оцінити біль за ВАШ і визначити його переважний характер. Залежно від рентгенологічної стадії пацієнтів розділили на чотири групи. До першої групи увійшли 30 хворих із 1-ю, до другої — 39 осіб із 2-ю



Інтенсивність больового синдрому та якість життя у хворих на остеоартроз колінних суглобів, $M \pm m$

Показники больового синдрому та якості життя	Рентгенологічна стадія			
	1-ша, n=30	2-га, n=39	3-тя, n=35	4-та, n=28
Інтенсивність болю за ВАШ	2,5±0,3	3,7±0,4*	4,9±0,7	6,1±0,9 ^{*,**}
Альгофункціональний індекс Лекена	6,2±0,9	7,3±1,0	11,3±1,1 [#]	15,6±1,3 ^{*,**}
Індекс EuroQol-5D	2,9±0,3	3,5±0,3	6,1±0,7 [#]	8,1±0,8 ^{**}

Примітка. * — вірогідність ($P < 0,05$) відмінності показників між 1-ю та 2-ю рентгенологічними стадіями ОА; # — вірогідність ($P < 0,05$) відмінності показників між 2-ю та 3-ю рентгенологічними стадіями ОА; " — вірогідність ($P < 0,05$) відмінності показників між 3-ю та 4-ю рентгенологічними стадіями ОА; ** — вірогідність ($P < 0,05$) відмінності показників між 1-ю та 4-ю рентгенологічними стадіями ОА.

рентгенологічною стадією, до третьої — 35 пацієнтів з 3-ю і до четвертої — 28 хворих із 4-ю рентгенологічною стадією ОА.

Проводили лікування знеболювальними — парацетамолі нестероїдними протизапальними засобами (НПЗЗ — диклофенак або мелоксикам еквівалентними дозами) протягом 10–12 днів. За оцінкою пацієнта і лікаря визначали інтегральну ефективність лікування знеболювальними препаратами та НПЗЗ еквівалентними дозами за 4-бальною шкалою: 0 — відсутність ефекту лікування, 1 — мінімальна ефективність, 2 — задовільна ефективність, 3 — добра ефективність лікування.

Обробку одержаних результатів проводили за допомогою методів математичної статистики з обчисленням середнього значення та його похибки ($M \pm m$). Вірогідність відмінностей визначали за допомогою обчислення критерію Стюдента. Математичну обробку результатів проводили за допомогою програми Microsoft Excel for Windows.

Результати дослідження та їх обговорення

Зіставивши рентгенологічну стадію з характером та інтенсивністю больового синдрому у хворих на ОА, виявили, що сумарна інтенсивність больового синдрому при ОА колінних суглобів зростає зі збільшенням рентгенологічної стадії захворювання (табл. 1). Прогресивно збільшується також альгофункціональний індекс Лекена й інтегральний показник якості життя — індекс EuroQol-5D, причому при зростанні рентгенологічної стадії спостерігається збільшення інтенсивності болю та погіршення якості життя, вірогідне в четвертій групі порівняно з першою за всіма вивченими параметрами (біль за ВАШ, альгофункціональний індекс Лекена й індекс якості життя EuroQol-5D). Вищесказане свідчить про збільшення інтенсивності болю, погіршення можливостей для самообслуговування та соціальної адаптації, тобто якості життя у хворих на ОА колінних суглобів

зі збільшенням рентгенологічної стадії захворювання.

Зіставлення результатів дослідження загального аналізу крові, загального білка та його фракцій вірогідної різниці між групами не виявило. Спостерігалася тенденція до підвищення вмісту С-реактивного білка у першій та другій групах порівняно з третьою та четвертою, але різниця не була статистично вірогідною (вміст С-реактивного білка становив (3,6±0,4), (4,0±0,5), (3,0±0,4) і (3,4±0,4) мг/л у групах відповідно).

При зростанні рентгенологічної стадії змінюється не лише інтенсивність, а й характер больового синдрому (табл. 2). При початкових стадіях захворювання переважає запальний біль і біль, пов'язаний з ураженням навколосуглобових тканин. Зі

зростанням рентгенологічної стадії збільшується внесок у больовий синдром болю, пов'язаного з деформацією губчастої кістки та венозним застоєм у ній. При 4-й рентгенологічній стадії ОА значно зростає частка болю, пов'язаного з венозним застоєм у субхондральній кістці та деформацією губчастої кісткової тканини, пов'язаної зі зменшенням товщини суглобового хряща.

Зі збільшенням рентгенологічної стадії ОА погіршується ефективність лікування больового синдрому за оцінкою хворого та лікаря (табл. 3). Показник інтегральної ефективності лікування як за оцінкою пацієнта, так і за оцінкою лікаря прогресивно зменшується зі збільшенням рентгенологічної стадії захворювання, причому це сто-

Таблиця 2

Переважає характер больового синдрому при різних рентгенологічних стадіях

Характер больового синдрому	Рентгенологічна стадія			
	1-ша, n=30	2-га, n=39	3-тя, n=35	4-та, n=28
Запальний біль	+++	++	+	+
Біль, пов'язаний з ураженням навколосуглобових тканин	+++	+++	++	++
Біль, пов'язаний з венозним застоєм у субхондральній кістці	+	+	++	+++
Біль, пов'язаний із деформацією губчастої кістки	+	+	++	+++

Примітка. + — мінімально виражений біль; ++ — помірно виражений біль; +++ — виражений біль.



Таблиця 3

Ефективність різних методів лікування болю при остеоартрозі колінних суглобів, бали

Метод лікування	Рентгенологічна стадія			
	1-ша, n=30	2-га, n=39	3-тя, n=35	4-та, n=28
Знеболювальні (а)	2,6±0,2	2,4±0,2	2,1±0,2	1,8±0,3*
Знеболювальні (б)	2,4±0,4	2,3±0,2	2,0±0,1	1,8±0,3
НПЗЗ еквівалентними дозами (а)	2,6±0,1	2,5±0,3	2,3±0,2	1,8±0,2*
НПЗЗ еквівалентними дозами (б)	2,4±0,2	2,3±0,2	2,1±0,2	1,7±0,2*

Примітка. а — оцінка ефективності лікування лікарем; б — оцінка ефективності лікування пацієнтом; * — вірогідність ($P < 0,05$) відмінності показника між першою та четвертою групами.

сується і знеболювальних препаратів, і НПЗЗ. Ефективність лікування обома способами як за оцінкою пацієнта, так і за оцінкою лікаря вірогідно гірша у четвертій групі порівняно з першою.

Висновки

Таким чином, больовий синдром при ОА колінних суглобів має різний характер та інтенсивність залежно від рентгенологічної стадії захворювання. Інтенсивність больового синдрому збільшується, а якість життя погіршується зі збільшенням

рентгенологічної стадії захворювання. Ефективність лікування за оцінкою як пацієнта, так і лікаря також прогресивно погіршується зі збільшенням рентгенологічної стадії захворювання, тому перспективними напрямками досліджень при ОА є, поряд із пошуком нових симптомомодифікуючих засобів, вивчення ефективності та розробка нових фармакологічних і нефармакологічних засобів, які впливатимуть на перебіг хвороби, що дозволять за рахунок уповільнення прогресування ураження суглобового хряща

зменшити інтенсивність больового синдрому і покращити якість життя хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Насонова В. А. Международное десятилетие болезней костей и суставов (The bone and joint decade 2000–2010) — многодисциплинарная акция / В. А. Насонова, Н. Г. Халтаев // Терапевтический архив. — 2001. — № 5. — С. 5-7.

2. EULAR Recommendation: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trial (ESCISIT) / K. M. Jordan, N. K. Arden, M. Doherty [et al.] // Ann. Reum. Dis. — 2003. — Vol. 62. — P. 1145-1155.

3. EULAR evidence based recommendation for the management of hip osteoarthritis: report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trial (ESCISIT) / W. Zang, M. Doherty, N. Arden [et al.] // Ann. Reum. Dis. — 2005. — Vol. 64. — P. 669-681.

4. Коваленко В. Н. Остеоартроз : практ. руководство / В. Н. Коваленко, О. П. Борткевич. — К. : Морион, 2003. — 448 с.

5. Пшетаковский И. Л. Артросы: клиника, диагностика, лечение и реабилитация / И. Л. Пшетаковский. — Одесса : Астропринт, 2004. — 288 с.

6. Боева И. А. Метод выбора тактики лечения у больных с остеоартрозом коленных суставов / И. А. Боева // Запорожский медицинский журнал. — 2008. — № 4. — С. 64-67.

УДК 618.14-006.36-089:616.381-072.1:616-007.274

В. Н. Запорожан, И. З. Гладчук, Н. Н. Рожковская,
А. Г. Волянская, К. В. Латий

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ И НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Одесский государственный медицинский университет

Одной из важных проблем в гинекологии остается профилактика спайкообразования после лапароскопических органосохраняющих операций у больных с миомой матки и эндометриозом, поскольку в дальнейшем спаеч-

ный процесс может стать причиной трубно-перитонеальной формы бесплодия, внематочной беременности, хронических тазовых болей [1; 3; 5; 6].

В последнее время большое внимание уделяется орга-

носохраняющим операциям с целью сохранения репродуктивной функции [1; 4–6].

Минимизация частоты образования плотных спаек или их полное отсутствие являются гарантией успеха реконструк-

