

ОБЕЗБОЛИВАЮЩИЙ ЭФФЕКТ ЛОКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГОНАРТРОЗА ПРЕПАРАТАМИ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ

Михайлова А.С., Теплякова О.В., Соколова Л.А.

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

Введение. Остеоартроз (ОА) коленных суставов привлекает особое внимание из-за значительной распространенности, прогрессирующего течения, выраженного болевого синдрома, существенно нарушающего двигательную активность и качество жизни больных. В настоящее время для купирования боли при ОА рекомендуется прием ацетаминофена, а в случае его недостаточной эффективности терапию усиливают назначением НПВП. В то же время, применение НПВП может быть сопряжено с развитием нежелательных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта, печени, индукцией коморбидной кардиоваскулярной патологии и отрицательным влиянием на метаболизм хряща. Внутрисуставное введение глюкокортикоидов способно быстро облегчить интенсивную боль в воспаленном суставе, однако данные инъекции не всегда оправданы в виду их негативного влияния на хрящ. Препараты с хондропротективным действием, традиционно используемые для лечения ОА, позволяют добиться постепенного снижения интенсивности суставной боли не ранее, чем через 4 недели терапии, а степень уменьшения боли часто остается неудовлетворительной. Альтернативным методом длительного обезболивания является внутрисуставное введение препаратов гиалуроновой кислоты, оказывающей ингибирующее действие на ноцицепторы и подавляющей синтез гипералгетических компонентов.

Цель. Оценить обезболивающее действие локальной терапии гонартроза препаратами гиалуроновой кислоты различной молекулярной массы.

Материалы и методы. Включено 78 больных гонартрозом II-III рентгенологических стадий по Kellgren-Lawrence, подписавших информированное согласие на лечение и участие в исследовании. В первую группу вошли 52 участника (медиана возраста 68.5 (57,0; 70,0) лет, средний ИМТ $29,7 \pm 3,4$ кг/м²), ко-

торым выполнен курс из 5 еженедельных внутрисуставных инъекций препарата Ферматрон (2,0 мл 1% ГЛК с молекулярной массой 1100-1400 кДа). Вторую группу составили 26 пациентов (медиана возраста 59,5 (57,0; 63,0 лет), средний ИМТ $29,4 \pm 4,2$ кг/м²), чей курс лечения включал 3 еженедельные внутрисуставные инъекции препарата Синокрон форте (2,0 мл 2% ГЛК с молекулярной массой 2100 кДа). Оценка болевого синдрома по ВАШ осуществлялась до начала лечения (M0), в день его завершения (M1), а также через 3 и через 6 месяцев (M3 и M6 соответственно). Критерием эффективности терапии считали снижение выраженности болевого синдрома по сравнению с исходными данными (на 40% и более – хороший результат; на 20-39% - удовлетворительный; менее чем на 20% - неудовлетворительный). Статистическая обработка осуществлялась с использованием программы Statistica 7.0. Применялись методы описательной статистики для непараметрического типа данных (тест Манна-Уитни для независимых выборок, критерий Уилкоксона для зависимых выборок). Данные представлены в виде медианы и 25% и 75% квартилей (Me (25%; 75%)). Достоверными признаны различия при уровне значимости $p < 0.05$.

Результаты. Пациентами первой и второй групп получено достоверное снижение интенсивности как боли в покое, так и при движении на протяжении всего периода наблюдения. У пациентов, которым вводили Ферматрон, интенсивность боли в покое по сравнению с исходной уменьшилась на 57% (M3) и на 68,4% (M6), а боль при движении – на 42,6% и 32,1% соответственно. Больные, получавшие Синокрон форте, продемонстрировали уменьшение интенсивности боли покоя на 53,2% и 57,6% соответственно, а динамика боли движения для них составила -27,7% (M3) и -30,2% (M6) от исходного. При этом через 3 и через 6 месяцев наблюдения в первой группе получены достоверно меньшие средние значения интенсивности боли в покое, по сравнению со второй группой, а достигнутые показатели боли движения во всех точках контроля не имели достоверных отличий. В группе пациентов, которым выполнялось введение Ферматрона, результат лечения оценен как хороший и удовлетворительный в 51,9% (M1), в 53,9% (M3) и в 51,8% (M6) по показателю боли покоя;

и в 57,7% (M0), в 65,3% (M3), и в 61,6% (M6) по показателю боли при движении. Динамика интенсивности боли в покое у пациентов группы лечения Синокромом форте соответствовала хорошему и удовлетворительному результату в 46,2% (M1), в 73,1% (M3) и в 46,2% (M6), а динамика боли при движении - в 53,9% (M1), в 61,6% (M3) и в 69,3% (M6) соответственно.

Заключение. Локальная терапия гонартроза препаратами ГЛК (Ферматрон и Синокром форте) эффективна в отношении уменьшения интенсивности болевого синдрома на срок до 6 месяцев. Выявление факторов, влияющих на обезболивающий эффект данного вида терапии представляет собой интересную клиническую задачу.

РОЛЬ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Нужнов С.Г., Плаксина Л.В.

Женская консультация МУЗ ГKB № 2, г. Челябинск

Одним из частых симптомов, наблюдаемых у больных миомой матки, являются боли, имеющие различное происхождение и характер (ноющие, тянущие, давящие, схваткообразные, острые, развивающиеся).

Цель работы. Обоснование необходимости лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста в зависимости от методов терапии на основании болевого синдрома.

Методы исследования. Обследовано 165 женщин в возрасте от 18 до 45 лет в клинике. Критериями включения в исследования были пациентки с наличием миомы матки в репродуктивном возрасте и отказ от оперативного лечения. Критерии исключения – возраст женщин старше 45 лет и наличие противопоказаний к эмболизации маточных артерий (ЭМА), гормональному и негормональному лечению. Были выделены четыре группы: I группа – 70 пациенток, которым была проведена ЭМА; II группа – 28 женщин, которые получали