

© Коллектив авторов, 2002

ДИНАМИКА АКТИВНОСТИ СИНОВИТА ПОСЛЕ ВНУТРИСУСТАВНОГО ВВЕДЕНИЯ КСЕФОКАМА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Т.П. Федина, Ю.А. Олюнин, О.В. Пушкова, Н.П. Апеньшева, Р.М. Балабанова

Институт ревматологии РАМН, Москва

Проведена оценка эффективности внутрисуставного введения нестероидного противовоспалительного препарата лорноксикама (ксефокам, производство фирмы «Никомед», Австрия) у больных ревматоидным артритом. Ксефокам вводился в коленные суставы 15 больным в дозе 8 мг 1 раз в неделю в течение 3 нед. При оценке эффекта лечения учитывались выраженность артралгий, болезненность сустава при пальпации, измерялась окружность сустава. До и после курса лечения проводились ультразвуковое исследование и термография коленных суставов. После внутрисуставного введения ксефокама существенное клиническое улучшение (уменьшение артралгий как минимум на 30%) отмечено у 11 больных. В 3 случаях динамика болевого синдрома была менее значительной, у 1 больного эффект после однократного введения препарата сохранялся менее недели. В целом по группе наблюдалось достоверное уменьшение выраженности артралгий ($p < 0,01$), болезненности суставов при пальпации ($p < 0,01$) и окружности сустава ($p < 0,05$). При УЗИ зафиксировано достоверное уменьшение толщины синовиальной оболочки ($p < 0,05$). На основании проведенного исследования сделан вывод, что при отсутствии четких показаний к локальной стероидной терапии внутрисуставное введение ксефокама может с успехом использоваться для подавления умеренно выраженных воспалительных изменений в суставах у больных ревматоидным артритом.

The aim of the study was to assess the efficacy of intra-articular injection of lornoxicam (xefocam, Nycomed) in patients with rheumatoid arthritis. Xefocam was injected into knee joints of 15 patients with rheumatoid arthritis, 8 mg once a week for the period of 3 weeks. The following parameters were assessed: pronouncement of arthralgia, joint tenderness at palpation, circumference of knee joint on the level of the upper patellar margin. Prior and post treatment ultrasonography and thermography were used. Significant clinical improvement was observed in 11 patients. In 3 cases the dynamics was less positive and in 1 patients the effect of single dose drug injection was preserved for less than one week. Arthralgia manifestation ($p < 0.01$), joint tenderness at palpation ($p < 0.01$) and joint circumference ($p < 0.05$) showed reliable decrease. Ultrasonography showed reliable decrease the synovial membrane thickness. Xefocam injection could be successfully used to suppress moderate inflammatory joint changes in patients with rheumatoid arthritis when there are no strict indications to local steroid therapy.

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) — наиболее популярное средство лечения хронических артритов. Основой их терапевтического действия является ингибирование синтеза медиаторов воспаления непосредственно в пораженном суставе. Поэтому концентрация препарата в очаге воспаления может иметь решающее значение в подавлении синовита. Между тем традиционные способы применения НПВП обеспечивают их поступление в сустав лишь в довольно ограниченном количестве, а превышение общепринятой дозировки неприемлемо из-за высокого риска медикаментозных осложнений.

С целью ограничения нежелательного побочного воздействия были созданы формы НПВП для чрескожного применения. Однако эффективность этих средств сравнительно невысока. При таком способе введения обеспечивается достаточно высокая концентрация препарата в подкожной клетчатке, мышцах и фасциях. В полости сустава она

значительно ниже. Поэтому НПВП для наружного применения дают более благоприятные результаты при поражении внесуставных мягких тканей, тогда как при артропатиях их эффект не столь очевиден [7].

Все НПВП, предназначенные для парентерального введения, представляют собой растворы, которые довольно быстро выводятся из полости сустава [4]. Для этого класса медикаментов не разработаны лекарственные формы, обеспечивающие длительное депонирование препарата в полости сустава. Поэтому возможность внутрисуставного введения НПВП до последнего времени особого интереса не вызывала. Вместе с тем, судя по ряду публикаций, высокая концентрация препарата в суставе может даже за короткое время существенно повлиять на самочувствие больного.

Так, S.T. Colbert и соавт. [1] в двойном слепом испытании сравнивали эффективность внутрисуставного и внутривенного введения теноксикама

у 88 больных. Препарат вводился для подавления болевого синдрома после артроскопии коленных суставов и при внутрисуставном введении был достоверно более эффективен, чем при внутривенном. Преимущество локального введения НПВП по сравнению с системным зафиксировано и в других исследованиях [2, 3, 5]. Новый инъекционный НПВП лорноксикам также с успехом использовался для обезболивания в послеоперационном периоде [6].

Целью настоящей работы являлась оценка эффективности внутрисуставного введения лорноксикама (ксефокам, производство фирмы «Никомед», Австрия) у больных ревматоидным артритом (РА).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Наблюдались 15 больных РА (13 женщин и 2 мужчин) с синовитом коленных суставов. Возраст пациентов — от 33 до 66 лет (в среднем $52,9 \pm 10,4$ года). Давность заболевания колебалась от 1 года до 30 лет (в среднем $9,1 \pm 8,2$ года). У 4 больных была II, у 5 — III и у 6 — IV стадия заболевания. Ревматоидный фактор выявлен в 10 случаях. 5 больных получали сульфасалазин, 8 — метотрексат, у 2 базисная терапия не проводилась. 6 больных принимали преднизолон в дозе 10–15 мг/сут (в среднем $11,6 \pm 2,6$ мг/сут).

Ксефокам вводили в коленные суставы в дозе 8 мг 1 раз в неделю в течение 3 нед. Предварительно у всех больных было выполнено клиническое и иммунологическое исследование крови. Перед каждой инъекцией проводилось клиническое обследование пациентов. При этом учитывались выраженность артралгий по 10-сантиметровой визуально-аналоговой шкале (ВАШ), болезненность суставов при пальпации в баллах (0 — пальпация безболезненна, 1 — слабая, 2 — умеренная, 3 — сильная болезненность), измерялась окружность коленных суставов на уровне верхнего края надколенника. Через месяц после окончания курса лечения оценивалась общая продолжительность периода клинического улучшения. Кроме того, до и после курса лечения проводились ультразвуковое исследование и термография коленных суставов. По данным УЗИ оценивалась выраженность экссудативных изменений в коленных суставах в баллах (1 — незначительное, 2 — умеренное, 3 — большое ко-

личество экссудата) и толщина синовиальной оболочки в миллиметрах. При термографии определялась степень повышения кожной температуры над пораженными суставами.

Статистическая обработка проводилась с использованием парного t-критерия Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ

После внутрисуставного введения ксефокама существенное клиническое улучшение (уменьшение артралгий как минимум на 30%) отмечено у 11 больных. У 3 пациентов динамика болевого синдрома была менее значительной и у 1 больного эффект после однократного введения препарата сохранялся менее недели. В целом по группе наблюдалось достоверное уменьшение выраженности артралгий ($p < 0,01$), болезненности суставов при пальпации ($p < 0,01$) и окружности суставов ($p < 0,05$) (см. таблицу).

УЗИ до лечения было выполнено у 14, после лечения — у 12 больных. Выраженное накопление экссудата в полости коленных суставов до введения ксефокама выявлено у 5, умеренное — у 2 пациентов, в 7 случаях количество синовиальной жидкости было незначительным. Уменьшение объема экссудата после лечения зафиксировано в 4 случаях, однако динамика этого показателя была статистически недостоверна. В то же время толщина синовиальной оболочки в целом по группе существенно уменьшилась ($p < 0,05$).

Термография коленных суставов до лечения проведена у 14 больных. У 5 из них констатирована выраженная, у 5 — умеренная и у 3 — слабая гипертермия, у 1 больного температура кожи была нормальной. Снижение кожной температуры после введения ксефокама отмечено в 3 случаях.

Через месяц после окончания курса лечения обследовано 10 больных. Улучшение самочувствия сохранялось у 7 из них.

ОБСУЖДЕНИЕ

Наиболее эффективным средством локальной терапии хронического артрита является внутрисуставное введение гормональных препаратов. Однако данный метод используется обычно для лечения лишь наиболее пораженных суставов, тогда как при сравнительно невысокой активности синовита чаще назначаются физиотерапия или накож-

Динамика основных показателей активности синовита коленных суставов на фоне лечения ксефокамом ($M \pm \sigma$)

Период исследования	Боль по ВАШ, см	Болезненность при пальпации, баллы	Окружность суставов, см	Толщина синовиальной оболочки, мм	Количество экссудата, баллы
До лечения	$5,5 \pm 1,7$	$1,2 \pm 0,8$	$41,0 \pm 4,6$	$3,6 \pm 0,5$	$1,9 \pm 1,0$
После начала лечения:					
через 7 дней	$2,7 \pm 2,1^{**}$	$0,3 \pm 0,5^{**}$	$41,0 \pm 4,6^*$	—	—
через 14 дней	$2,6 \pm 2,2^{**}$	$0,1 \pm 0,3^{**}$	$39,4 \pm 2,8^*$	$3,4 \pm 0,3^*$	$1,6 \pm 0,8$

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ (по сравнению с показателем до начала лечения).

ные аппликации НПВП. Эти виды терапии в известной степени позволяют улучшить самочувствие больных, однако в целом ряде случаев их эффект явно недостаточен.

Введение ксефокама непосредственно в полость сустава у большинства наших больных обеспечило быстрое подавление болевого синдрома. Принимая во внимание существенное уменьшение припухлости суставов и толщины синовиальной оболочки, можно утверждать, что препарат оказывал не только обезболивающее, но и противовоспалительное действие. Конечно, внутрисуставные инъекции НПВП нельзя рассматривать как альтернативу локальной стероидной терапии, поскольку возможности этих препаратов несопоставимы. Однако внутрисуставное введение ксефокама может, на наш взгляд, использоваться при хроническом артрите как вспомогательное средство наряду с физиотерапией.

Вывод. При отсутствии четких показаний к локальной стероидной терапии внутрисуставное введение ксефокама может с успехом применяться для подавления умеренно выраженных воспалительных изменений в суставах у больных РА.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Colbert S.T., Curran E., O'Hanlon D.M., Moran R., McCarroll M. //Canad. J. Anaesth. — 1999. — Vol. 46, N 7. — P. 653–657.
2. Convery P.N., Milligan K.R., Quinn P., Scott K., Clarke R.C. //Anaesthesia. — 1998. — Vol. 53, N 11. — P. 1125–1129.
3. Elhakim M., Nafie M., Eid A., Hassin M. //Acta Anaesth. Scand. — 1999. — Vol. 43, N 8. — P. 803–808.
4. Owen S.G., Francis H.W., Roberts M.S. //Br. J. Clin. Pharmacol. — 1994. — Vol. 38, N 4. — P. 349–355.
5. Reuben S.S., Connelly N.R. //Anesth. Analg. — 1995. — Vol. 80, N 6. — P. 1154–1157.
6. Rosenow D.E., Albrechtsen M., Stolke D. //Ibid. — 1998. — Vol. 86, N 5. — P. 1045–1050.
7. Vaile J.H., Davis P. //Drugs. — 1998. — Vol. 56, N 5. — P. 783–799.

© Аль-Джунаид Абдульсалам Мохамед, 2002

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ГОЛЕНИ В УСЛОВИЯХ ЙЕМЕНА

Аль-Джунаид Абдульсалам Мохамед

Центральный госпиталь ALTAWRA, Республика Йемен
Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Работа основана на ретроспективном анализе историй болезни 232 пострадавших с огнестрельными переломами голени, находившихся на лечении в центральном госпитале Йемена ALTAWRA (г. Сана) в период с 1996 по 2000 г. Пулевые ранения были у 94% пострадавших, осколочные — у 6%. Все пострадавшие доставлены в стационар в первые 24 ч с момента ранения. Особенностью лечения ран в условиях Йемена было следующее: поврежденную конечность (после наложения на нее в случае необходимости стабилизирующего репозиционного аппарата собственной конструкции) погружали в мыльно-солевой раствор, в котором проводили промывание раны. Методика первичной хирургической обработки отличалась от классической более высокой активностью в отношении удаления мелких костных отломков и резекции концов крупных фрагментов кости. Послеоперационный период у 66% пострадавших протекал без осложнений, заживление ран произошло первичным натяжением. У 8,4% больных раны зажили вторичным натяжением, у 15% возникло нагноение раны в пределах мягких тканей, у 8,6% развился остеомиелит и у 2% больных — гангрена голени вследствие тромбоза кровеносных сосудов.

Retrospective analysis of treatment of 232 wounded with gunshot crus fractures was presented. All patients were treated at Jemen Central Hospital ALTAWRA (Sana) from 1966 to 2000. Out of all patients 94% had missile wounds and 6% comminuted wounds. All wounded were admitted to Hospital during 24 hours after injury. Peculiarities of wound treatment were the following: injured limb after application of author's stabilizing reposition device if necessary was washed by soap-saline solution. Primary debridement was more active compared to classic one and included removal of small osseous fragments and resection of large osseous fragment ends. In 66% of wounded no complications were observed during postoperative period and healing by first intention was noted. In 8,4% of patients healing by granulation occurred. In 15% of cases wound suppuration was limited by soft tissues. Osteomyelitis was diagnosed in 8,6% of patients. In 2% of cases crus gangrene followed by vascular thrombosis was developed.

Лечение больных с огнестрельными переломами голени (ОПГ) является актуальной проблемой травматологии и военно-полевой хирургии. Это оп-

ределяется не только ростом числа таких пострадавших, высокой поражающей способностью современных ранящих снарядов, обуславливающей тя-