

Закарпатській областях, в першу чергу, обумовлена наявністю природних лікувальних ресурсів (лікувальні грязі (пелоїди), мінеральні (у тому числі термальні) води, морська вода Чорного та Азовського морів) та розгалуженою санаторною мережею.

Застрахована особа має право вільного вибору реабілітаційного відділення санаторно-курортного закладу незалежно від форми власності та відомчого підпорядкування відповідно до медичних показань за профілем медичної реабілітації згідно з Переліком, який надається ФСС, що повністю відповідає основним парадигмам реформування системи охорони здоров'я в Україні – пацієнт-орієнтованому підходу та принципу «гроші йдуть за пацієнтом», викладеним в Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ АЛЬТЕРНАТИВНИХ МЕТОДІВ АНТИАРТРОЗНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ОСТЕОАРТРОЗОМ

Бобро Л.М.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

В даний час все більшого поширення набуває пошук альтернативних методів антиартрозої терапії, зокрема, використання фізіотерапевтичних методів. Таке застосування лікарських засобів зумовлює меншу кількість побічних ефектів, зменшує потребу в нестероїдних протизапальних препаратах (НПЗП) і є мінімально інвазивним.

Мета дослідження: оцінити ефективність і безпеку застосування препаратів папаїну (неокарипазима) у складі комплексної терапії у пацієнтів з остеоартрозом на фоні коморбідної патології.

Матеріали і методи дослідження. В дослідження увійшло 38 пацієнтів віком $45,7 \pm 3,2$ років, серед них 23 жінки (60,5 %) і 15 чоловіків (39,5%). Остеоартроз (ОА) колінних суглобів (за класифікацією I. Kellgren, I. Lawrence, 1957) у всіх хворих діагностували згідно з даними нейро-ортопедичного та рентгенологічного обстеження. Виразність больового синдрому і ефективність проведеної терапії визначали за допомогою альгофункціонального індексу Лекена, шкал WOMAC (болю, скутості, повсякденної активності). Критеріями виключення були наявність у пацієнтів ОА III-IV ступеня за Келлгреном, важкі декомпенсовані захворювання інших органів і систем, злоякісні новоутворення, наявність підвищеної чутливості до будь-якого компонента неокарипазима, патологія шкіри в ділянці проведення електрофорезу. Всі пацієнти були рандомізовані на 2 групи порівняння, репрезентативні за статтю, віком і тяжкістю коморбідної патології. Після одержання згоди на участь у

дослідженні прийом НПЗП в обох групах був скасований, у якості антиартрозої терапії у всіх пацієнтів застосовувався алфлутоп по 1 мл в/м 1 раз на добу. 21 (55%) пацієнту I групи додатково була запропонована терапія, що включала електорофорез з неокаріпазимом на ділянку ураженого колінного суглоба. 17 (45%) пацієнтам II групи при болях у суглобах додатково дозволялося приймати парацетомол. Середній термін спостереження хворих у стаціонарі становив $14 \pm 1,2$ доби. Другий етап дослідження проводився в умовах поліклініки і полягав в огляді пацієнтів з оцінкою клінічних проявів ОА через 30 діб від початку лікування. Статистичний аналіз отриманих результатів проводився з використанням пакету прикладних програм, методом варіаційної статистики з урахуванням критерію Стьюдента.

Результати та їх обговорення. Динаміка синдромів у пацієнтів I групи за шкалою Womac через 2 тижні: больовий синдром - $38,4 \pm 6,1$ ($t=2,65$; $p=0,022$); показник скутості - $40,5 \pm 5,9$ ($t=2,38$; $p=0,037$); показник повсякденної активності - $43,0 \pm 5,9$ ($t=2,82$; $p=0,017$). Через місяць за шкалою Womac виразність болю в колінних суглобах в I групі достовірно знизилася, склавши $32,4 \pm 5,5$ бала ($t=2,49$; $p=0,032$). Також спостерігалось зниження показника скутості до $35,5 \pm 7,2$ балів ($t=2,96$; $p=0,013$) та поліпшення показника повсякденної активності - $41,3 \pm 5,4$ ($t=3,51$; $p=0,005$). У пацієнтів II групи на тлі проведеної терапії також відзначалося поліпшення альго-функціональних показників стану суглобів за всіма субшкалами анкети Womac. Больовий синдром: через 14 діб - $42,5 \pm 4,5$ ($t=1,50$; $p=0,17$); через 30 діб - $37,2 \pm 7,5$ ($t=2,9$; $p=0,015$). Показник скутості: на 14 добу - $45,7 \pm 6,3$ ($t=1,65$; $p=0,018$); через 30 діб - $37,5 \pm 6,2$ ($t=2,67$; $p=0,013$); показник повсякденної активності: на 14 добу - $46,0 \pm 6,1$ ($t=2,62$; $p=0,015$); через 30 діб - $42,1 \pm 5,4$ ($t=2,41$; $p=0,012$). Однак динаміка показників скутості і повсякденної активності за шкалою Womac була гіршою, ніж у пацієнтів I групи. Аналізуючи дані окремих субшкал анкети WOMAC, ми встановили, що найбільша позитивна динаміка показників відзначена при оцінці за шкалою болю, тоді як показники скутості і повсякденної активності досягали достовірних відмінностей тільки після закінчення курсу лікування. Достовірне зниження сумарного показника анкети WOMAC у пацієнтів обох груп нами встановлено через 14 днів лікування (динаміка показника в I групі склала: $-5,89 \pm 12,82$ см; $t=3,84$, $P=0,0003$, у II групі - $3,81 \pm 11,9$ см; $t=3,64$, $P=0,0003$). На 30-й день в I групі загальний показник анкети WOMAC був достовірно нижче в порівнянні з таким в кінці лікування ($-2,92 \pm 8,72$ см; $t=2,80$, $P=0,007$) і мав тенденцію до зниження у II групі. Аналогічна динаміка альго-функціональних проявів відзначена і при аналізі сумарного функціонального індексу Лекена. Достовірне зниження індексу (в 1,2 рази) відзначено у пацієнтів I групи на 30 день лікування. У пацієнтів II групи за цей же період індекс знизився в 0,96 раз. Це свідчить про

сiмптоммодифiкуючий ефект запропонованої антиартрознаї терапії, який був більш значущий у пацієнтів I групи.

У відповідь на введення методом електрофорезу неокарипазима у 4 осіб (10,5%) відзначені місцеві побічні ефекти у вигляді печіння і гіперемії шкіри на 3-4 добу від початку лікування, що усувалося при застосуванні антигістамінних препаратів.

Висновки: достовірно позитивна динаміка альго-функціональних проявів захворювання у пацієнтів основної групи вказує на ефективність та доцільність комплексної антиартрознаї терапії з включенням препаратів папаїну при лікуванні остеоартрозу.

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЗАПЯТОЧНОГО БУРСИТА РЕВМАТОИДНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Герасимюк Б.С., Мовчан А.С.

НМАПО им. П.Л. Шупика, Киев, Украина

Запяточный бурсит – заболевание, характеризующееся наличием воспалительного процесса в глубокой синовиальной бурсе, расположенной в запяточном кармане; спереди граничащая с задне-верхними отделами пяточной кости, сзади и снизу ограничена ахилловым сухожилием (АС). С момента первого описания шведским хирургом Patrick Haglund этого заболевания в 1928 году долгое время считалось что единственным этиологическим фактором данного заболевания является хроническая травма, обусловленная повторяющимся импинджментом бурсы между АС и пяточной костью. Было предложено множество как консервативных методов лечения, таких как ношение ортопедической обуви/стелек, применение нестероидных противовоспалительных средств, физиотерапевтического лечения и инъекций глюкокортикостероидов (ГКС), так и хирургических вмешательств. Хирургическое лечение заключалось в резекции увеличенных задне-верхних отделов пяточной кости (так называемая «деформация Haglund» и резекции бурсы. Однако в литературе было описано несколько случаев данного заболевания на фоне течения системного воспалительного заболевания. Так были описаны случаи запяточного бурсита при ревматоидном артрите и анкилозирующем спондилите (J. C. Gerster, T. L. Vischer и др., 1977), при псевдоподагре (Juan J. Canoso, Jeffrey R. Wohlgethan, 1984), при псориазическом артрите (P. V. Balint, R. D. Sturrock, 2000). Также описаны случаи туберкулезного абсцесса пяточной кости, локализованного в задних отделах стопы и маскирующегося под «деформацию Haglund» (E. Gillott, P.