

ПОЛИВИНИЛПИРРОЛИДОН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ

А. Г. Ибрагимова, М. Ф. Мусин, Ф. М. Байгильдеева, Ф. Ш. Бахтиозин

Кафедра физиотерапии (зав.— проф. А. Г. Ибрагимова), кафедра рентгено-радиологии (зав.— проф. М. Ф. Мусин), кафедра травматологии и ортопедии (зав.— доц. Р. А. Зулкарнеев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

В настоящее время проблема артроза имеет социальное значение, так как обусловленный им уровень нетрудоспособности увеличился за последнее десятилетие в 3—5 раз [4]. Лечение деформирующего остеоартроза представляет трудную задачу. Традиционная медикаментозная терапия этого заболевания сравнительно малоэффективна [3, 4]. Лечение его, как известно, должно быть направлено на устранение болей, восстановление функции сустава, предупреждение дальнейшего прогрессирования заболевания, улучшение метаболизма хряща. В последние два десятилетия при лечении деформирующего остеоартроза все чаще применяют препараты для внутрисуставных инъекций [1, 4]. Однако частое пунктирование суставов, быстрая элиминация препарата из полости сустава затрудняют лечение. В связи с этим актуальным является использование лекарственных препаратов пролонгированного действия.

В 1971 г. было предложено применение поливинилпирролидона (ПВП) в качестве аналога синовиальной жидкости — искусственного лубриканта [2]. В эксперименте на животных было доказано противовоспалительное, противоспастическое лубриканционное действие ПВП при внутрисуставном введении. Препарат подавляет развитие экспериментального остеоартроза, нормализует проницаемость синовиальной оболочки суставов, стимулирует регенерацию хряща [3].

В задачу нашего исследования входило изучение эффективности и целесообразности применения ПВП у больных первичным и вторичным деформирующим остеоартрозом при внутрисуставном введении. Для оценки эффективности лечения были проведены следующие клинико-физиологические исследования: определение интенсивности болевого синдрома, измерение объема движений в суставах и объема суставов, электротермометрия, лабораторные анализы крови и синовиальной жидкости.

Для внутрисуставного введения предлагается использовать 15% водные растворы ПВП с относительной молекулярной массой 30 000, которые представляют собой прозрачную жидкость желтоватого цвета, pH 5,2—7,0. Больным вводили ПВП в количестве 2—10 мл 1—2 раза в неделю в каждый пораженный сустав в зависимости от объема полости (курс лечения — 4—6 инъекций).

Клинические испытания ПВП проводили у 68 больных (женщин — 44, мужчин — 24) в возрасте от 15 до 73 лет. Первичный деформирующий остеоартроз диагностирован у 22 больных, вторичный — у 46. Амбулаторно с отрывом от работы наблюдался 41 больной, в стационаре — 27. Среди больных в возрасте до 30 лет и от 31 до 40 лет было по 4 человека, от 41 до 50 — 9, от 51 до 60 — 38 и старше 60 лет — 13. Длительность заболевания до 1 года — у 10 больных, от 1 года до 5 лет — у 42 и от 5 до 10 лет — у 16. Согласно клинико-рентгенологической классификации, заболевание в I стадии констатировано у 12 (17,7%) больных, II — у 50 (73,5%), III — у 6 (8,8%). Патологический процесс локализовался чаще в суставах нижних конечностей, особенно в коленных, реже — в тазобедренных, плечевых и локтевых. У 43 (63,2%) больных был поражен один сустав, у 18 (26,5%) — два, в основном симметричные, у 7 (10,3%) было множественное поражение суставов конечностей. При полиостеоартрозе ревматоидный артрит по клинико-физиологическим и биохимическим показателям обнаружить не удалось.

По нашим данным, причиной заболевания у больных вторичным деформирующим остеоартрозом были травмы (31), ожирение обменного характера (5), инфекции (2), физическая перегрузка (8), связанная с занятием спортом или профессией (продавцы, станочники, закройщики).

По данным анамнеза, больные были лечены физиобальнеотерапевтическими методами, различными медикаментозными средствами (реопирин, бутадиион, бруфен, индометацин), внутрисуставными инъекциями гидрокортизона (6 чел.), однако полученный лечебный эффект был кратковременным и слабовыраженным.

Все больные независимо от стадии заболевания жаловались на боли различного характера и интенсивности, возникающие при движениях, после физического пере-

напряжения, поднятия тяжести; наблюдались артралгии и в ночное время. При обострении заболевания боли становились постоянными, нередко они появлялись при подъеме и, особенно, спуске с лестницы.

У большинства больных (90%) наблюдалось ограничение движений в суставах в пределах 10—20°, нередко хруст в суставах.

Окружность пораженных суставов была увеличена на 1—2 см, имелись деформации при II и, особенно, при III стадии заболевания (у 56 чел.). При пальпации суставов отмечалась болезненность, наиболее выраженная в области медиального мыщелка большеберцовой кости и подколенной ямки. У 22 (32,3%) больных был выпот в фазе декомпенсации артроза. При пункции обнаруживалась прозрачная светло-желтая жидкость в количестве от 2 до 30 мл. При цитологическом исследовании выявлялись лимфоциты, моноциты, макрофагальные клетки.

При обострении заболевания общее состояние больных не нарушалось, температурной реакции не было. Анализ крови патологических отклонений не выявлял.

Всего больным было сделано 400 вливаний. Переносимость препарата оказалась хорошей. В день вливаний больные чувствовали умеренную боль распирающего характера, которая по мере всасывания препарата исчезала на другой день. У 12 больных к концу курса лечения (после 5—6 инъекций) наблюдались местные и общие реакции продолжительностью 1—3 дня в виде покраснения, отека и болезненности пораженного сустава, повышения температуры в области сустава на 2—3°, которые проходили после внутрисуставного однократного введения гидрокортизона.

Клинический лечебный эффект в виде уменьшения болей, увеличения подвижности суставов наступал обычно после третьей инъекции, а у некоторых больных даже после первого вливания (4 чел.).

После лечения ПВП отмечены значительные положительные сдвиги в течении заболевания: устранился или в различной степени ослабевал болевой синдром, увеличивалась подвижность суставов в пределах 10—20°, окружность суставов также уменьшалась на 1—2 см, что было связано с уменьшением в них выпота. В результате этих благоприятных изменений восстанавливалась или улучшалась опорно-двигательная функция, наблюдалась нормализация общего состояния, что соответственно положительно отражалось на трудоспособности. У 12 больных рецидив заболевания наступал через 0,5—1 год. Причинами обострений заболевания были физические перенапряжения и травмы. 7 пациентам было проведено два курса лечения, 4—три курса с хорошим лечебным эффектом.

ВЫВОДЫ

1. В комплексной терапии больных деформирующим остеоартрозом целесообразно применять внутрисуставные инъекции поливинилпирролидона в периоде обострения заболевания.

2. После применения ПВП значительно уменьшаются или исчезают боли, увеличивается объем движений в суставах, повышается трудоспособность больных; полное восстановление функции пораженных суставов наблюдается у лиц с начальными формами заболевания.

3. В фазе декомпенсации артроза при асептическом воспалении, а также при осложнении в виде синовита больным показано применение ПВП в сочетании с внутрисуставным введением гидрокортизона.

4. При лечении деформирующего остеоартроза препаратом ПВП время ремиссии составляет 0,5—1 год.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астапенко М. Г. *Вопр. ревмат.*, 1978, 3.
2. Кашеневский Л. Я., Василенкайтис В. В. В кн.: Тезисы докладов X Европейского конгресса ревматологов, М., 1983.
3. Матулис А., Гуогис Г., Василенкайтис В., Станонас А. В кн.: *Ревматология*. Вильнюс, 1977, вып. 14.
4. Hohmeister R. *Forsch. Med.*, 1982, 927.

Поступила 4 декабря 1984 г.