

даже могут мешать продуктивному развитию процессов. Это чаще всего бывает, когда речь идет о вариативности и связанных с ней проблемах. Участники лечебного процесса (врачи, медсестры, технический персонал, работники хозяйственной части и др.) должны стать единой командой с единой целью для достижения успеха. Использование их знаний для улучшения качества требует нового подхода к мотивации у них, а также по-настоящему партнерских отношений между руководителями и сотрудниками организации. Необходимы организационные преобразования с внедрением новой культуры труда со своей системой ценностей. Это становится возможным только в том случае, если руководитель разделяет и поддерживает эти новые принципы.

Любой вид деятельности, в том числе и профилактической, может быть представлен в форме процесса. В свою очередь он может быть определен как совокупность этапов, которые преобразуют исходные вложения (вход) в конечную отдачу (выход), получаемую потребителями. В профилактике различаются следующие типы потоков: поток пациентов, информации, материалов, процесса оказания профилактических мероприятий, при необходимости лечебной помощи или любую другую комбинацию этих потоков. Качество результата во многом зависит от качества процесса, который предопределяет полученный результат. Поэтому, процесс должен быть постоянно в центре внимания в течение проводимой работы по улучшению качества. Ненужные этапы процесса и избыточные виды деятельности являются причинами неудовлетворительных результатов и больших затрат. Множество серьезных проблем качества возникает в «промежутках» между этапами процесса, различными функциями процесса или во взаимоотношениях между различными подразделениями, принимающими в нем участие.

Все недостатки процесса дают в конечном счете дополнительные затраты, которые не улучшают качества услуг, получаемых потребителем. Это так называемые «затраты на плохое качество». Деятельность по улучшению качества может сократить потери. Четкое представление о системе управления медицинской профилактикой может быть продемонстрировано на примере модели обеспечения качества в «Школе пациентов с артериальной гипертензией» в данной схеме процессы представляют собой технологии обучения медработников и пациентов и пути достижения качества обучения – за счет различных видов деятельности.

Таким образом, при использовании системы управления медицинской профилактикой как технологии можно получить три следствия: улучшение качества требует изменения системы. Однако не все изменения являются улучшениями, и не все улучшения являются изменениями; улучшение качества требует изменения не только частей и элементов системы, но и изменения их взаимодействия. Совершенствования отдельных частей системы часто бывает недостаточно. Важны также изменения в кооперации, координации, взаимодействии и взаимозависимости; нужно понимать, что необходимо изменить саму систему, а не действовать методами вознаграждения, наказания, инспектирования и т.д., которые не могут повлиять на положение вещей. В частности, изменение само по себе не может улучшить систему, и только изменение в ней приводит к улучшению качества.

Литература

1. Бритов А.Н. // Леч. врач.– М.– 1998.–№ 2.– С. 31–35.
2. Еганиян Р.А. и др. Первичная профилактика неинфекционных заболеваний в практическом здравоохранении: Пос. для врачей.– М.– 1998.
3. К здоровой России – Политика укрепления здоровья и профилактики заболеваний: приоритет – основные неинфекционные заболевания / Под ред. Р.Г. Соснова, Р.А. Халитова, Г.С. Жуковского.– М., 1994.
4. Константинов В.В. и др. // Кардиол.– 1996.– 11.– 54.
5. Ожегов С.И. Словарь русского языка // Под ред. Шведовой Н.Ю.– М.–1984.– С.300.
6. Профилактика через первичное здравоохранение. Евробюро ВОЗ (EUR/ICP/CIND 9401/PB01).– Копенгаген.– 1995.
7. Рашид Массуд и др. Руководство по управлению качеством Россия – США, 2000.
8. Розанов В.Б., Александров А.А. Факторы риска заболеваний, связанных с атеросклерозом. Повышенное артериальное давление. Акт. проблемы профилактики НИЗ // Тез. докл.–М.– 1997.– С.207–208.

УДК 616.517; 616.5-003.329.95

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛОКАЛЬНОЙ АППЛИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ГИАЛУРОНАТСОДЕРЖАЩИМ ГЕЛЕМ «ГИАСУЛЬФ» ПРИ СУСТАВНОМ СИНДРОМЕ

О.С. АВДЕЕВА*, Е.А. БЕЛЯЕВА*, А.А. ХАДАРЦЕВ*, И.А. ФЕДОРИЩЕВ*

Суставной синдром включает любые возможные отклонения со стороны суставов (боль, скованность, ограничение объема движений и т.д.), связанные как с воспалительными, так и с дегенеративно-дистрофическими и травматическими факторами. Известно ~60 форм ревматологических заболеваний, ассоциирующихся с суставным синдромом. Несмотря на то, что проявления суставного синдрома многообразны, обращение пациентов к врачу связано с появлением и прогрессированием боли.

Лечение суставного синдрома направлено на уменьшение боли и подавление активного воспаления в суставах, снижение риска обострений и вовлечения в процесс других суставов, уменьшение трофических нарушений, улучшение местного кровотока, предотвращение мышечной гипотрофии, деформации и деструкции суставов, уменьшение выраженности функциональной недостаточности, замедление и предотвращение ее прогрессирования и инвалидизации пациентов.

При лечении суставного синдрома патогенетически обоснованным является применение наряду с системной терапией локальных методов лечения, к которым относятся: аппликационная терапия мазями и гелями, местное лечение физическими факторами, локальная инъекционная (внутрисуставная и периартикулярная) терапия. Достоинствами локальной терапии являются непосредственное воздействие на очаг поражения, уменьшение потребности в системно назначаемых лекарственных средствах и хорошее сочетание с лечением, воздействующим на организм в целом. Наиболее распространенным методом локальной терапии является аппликационное применение лекарственных препаратов. Для проведения этой методики не требуются дополнительных условий, она проста, безопасна и безболезненна. Применение мазей, кремов, гелей с противовоспалительным, местнораздражающим, улучшающим микроциркуляцию действием является эффективным методом лечения суставного синдрома. При аппликационном воздействии терапевтическая концентрация действующего вещества создается в месте нанесения, что имеет большое значение при поражении суставов и периартикулярных структур, например, при тендинитах, энтезитах и т.д.

Цель работы – изучение эффективности и переносимости гиалуронатсодержащего геля «Гиасульф» при комплексном лечении суставного синдрома.

Основным действующим веществом геля «Гиасульф» является гиалуриновая кислота. Гиалуриновая кислота – несulfатированный гликозаминогликан, в организме человека встречается повсеместно и является одним из основных компонентов межклеточного вещества. В медицине в последние годы нашла широкое применение для лечения поражений кожи, патологии глаза, заболеваний и травм суставов, как индуктор остеогенеза, регулятор фагоцитарной функции, средство контролируемой доставки лекарств. Применение гиалуриновой кислоты в ревматологии обусловлено ее положительным влиянием на синовиостаз (синовиальную среду сустава) и улучшение эффекта смазки сустава. Кроме лубрикационной и амортизационной функции, гиалуриновая кислота является субстратом для синтеза протеогликанов, защищает болевые рецепторы синовиальной оболочки от раздражения, улучшает свойства синовиальной жидкости, проникновение питательных веществ и веществ, необходимых для синтеза хряща. Механизм действия гиалуриновой кислоты связан с ангибирированием провоспалительных медиаторов, стимуляцией анаболических и замедлением катаболических процессов в матриксе хряща.

Второй основной компонент, содержащийся в геле, – диметилсульфоксид, оказывающий противовоспалительное, анальгетическое и фибринолитическое действие и являющийся «проводником» для сопутствующих компонентов лекарственного препарата (лидокаин, диклофенак натрия, нипасет, карбопол экстракты конского каштана, аралии, зверобоя, черемухи, полыни) – ис-

* Тульский государственный университет, медицинский институт

пользуются для достижения максимального местного обезболивающего, противовоспалительного, противоотечного эффектов.

Цель работы – изучение эффектов препарата гиалуроновой кислоты «Гиасульф» в терапии суставного синдрома.

Методы. Исследование эффективности и безопасности геля «Гиасульф» для купирования болевого синдрома было проведено в случайной выборке из 123 пациентов, обратившихся за амбулаторной помощью и находившихся на стационарном лечении в городском ревматологическом центре (табл. 1 и 2).

Распределение по полу и возрасту

Признак	Количество пациентов	%
муж	35	28,5
жен	88	71,5
Возраст 30-40	12	9,7
Возраст 41-50	32	26
Возраст 51-60	51	41,5
Возраст 61-80	28	22,8

Таблица 1

Распределение по нозологическим формам

Нозологическая форма	Количество пациентов	%
Остеoarтроз	25	20,3
Дорсопатии	25	20,3
Тендинит мышц вращательной манжеты плеча	16	13
Синдром карпального канала	3	2,4
Ревматоидный артрит	20	16,3
Подагра	4	3,2
Реактивный артрит	20	16,3
Теносиновиты	10	8,1

Таблица 2

Применение аппликаций геля «Гиасульф» велось на фоне базовой терапии заболевания. Критерием исключения из исследования было применение пациентами других аппликационных лекарственных препаратов (содержащих НПВС, гепарин, диметилсульфоксид и прочие активные вещества), трансдермальных систем с лидокаином и внутрисуставных и периартикулярных инъекций. Гель «Гиасульф» всем пациентам назначался два раза в день по 10 см на крупные суставы (коленные, плечевые), на поясничный и грудной отделы позвоночника, по 5 см на средние суставы (локтевые, голеностопные, лучезапястные) и по 3 см на мелкие суставы кистей и стоп. Длительность терапии – 10 дней. Полный курс лечения провели 122 пациента. Ожидаемая эффективность аппликационной терапии оценивается по купированию или уменьшению интенсивности болевого синдрома, оценка боли по ВАШ (визуальной аналоговой шкале) проводилась до начала терапии гелем и на 3, 5 и 10 день его применения.

Результаты. Выраженность болевого синдрома была наибольшей до начала терапии, затем прогрессивно снижалась, достигая минимальных значений к 10-му дню лечения. Очень важным представляется тот факт, что уменьшение боли было зарегистрировано при всех нозологических формах (рис. 1).

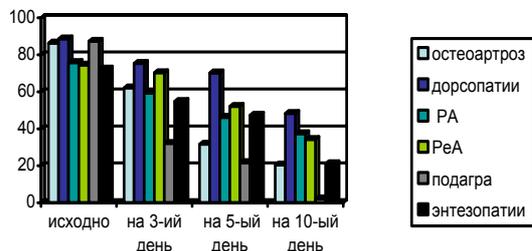


Рис. 1. Динамика болевого синдрома на фоне применения геля «Гиасульф»

Болевой синдром до начала терапии у всех пациентов был выраженным и оценивался по ВАШ в интервале от 70 до 90 мм. Наиболее интенсивные боли испытывали пациенты с остеоартрозом, подагрой и дорсопатиями. Дорсопатии представляют собой болевые синдромы в области туловища и конечностей невисцеральной этиологии, связанные с дегенеративными заболеваниями позвоночника. Выделяют три основные группы дорсопатий: деформирующие дорсопатии, спондилопатии и дорсалгии. При этих нозологических боль является одним из основных клинических симптомов. Скорость наступления эффекта от аппликаций мази зависела от нозологической формы. Интенсивность боли при

остеоартрозе к 10 дню лечения снизилась в 4 раза, при реактивных артритах, ревматоидном артрите и дорсопатиях в 2 раза. Выраженное положительное влияние аппликаций отмечалось при энтезопатиях разных локализациях, к окончанию периода исследования болевые ощущения у пациентов снизились три раза по сравнению с исходными значениями. Локальная терапия при энтезопатиях является ведущим методом лечения при условии точной топической диагностики. В тех случаях, когда нанесение мазей приводит к положительной клинической динамике, инъекционная терапия не является необходимой. Наиболее быстрый эффект (к третьему дню лечения) отмечался у больных с подагрой, медленно реагировали пациенты с дорсопатиями, реактивным и ревматоидным артритом. Это обусловлено течением болезни и особенностями патогенеза заболеваний. После получения данных о спаде интенсивности болевого синдрома была оценена длительность эффекта местной терапии. Для этого пациенты приглашались на консультацию через 7, 14 и 21 день после аппликаций. Полученные результаты показаны на рис. 2.

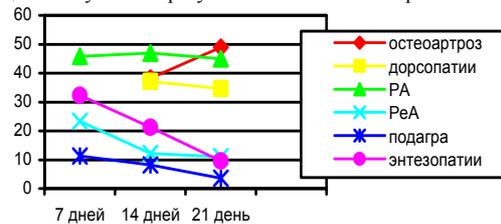


Рис. 2. Результаты проспективного наблюдения пациентов после окончания аппликационной терапии

Продолжительный и стабильный эффект отмечался во всех группах пациентов, за исключением остеоартроза. Нарастание болевого синдрома к 21 дню в этой группе пациентов связано с чрезмерным расширением двигательной активности вследствие выраженного уменьшения боли на фоне лечения. Поскольку при остеоартрозе боли имеют преимущественно механический характер, резкое увеличение нагрузки на суставы повлекло нарастание болевого синдрома. В группе дорсопатий эффект был стабильным и продолжительным. Прогрессивное уменьшение боли наблюдалось у пациентов с реактивными артритами, подагрой и энтезопатиями на фоне комплексного лечения. Для пациентов с ревматоидным артритом было оценено влияние аппликационной терапии на один из важнейших симптомов заболевания – продолжительность скованности в суставах. Диаграмма (рис. 3) отражает процентное соотношение лиц с ревматоидным артритом, отреагировавших на проведение аппликационной терапии уменьшением скованности. В целом 71% лиц зафиксировали уменьшение утренней скованности, 29% не отметили этого эффекта.

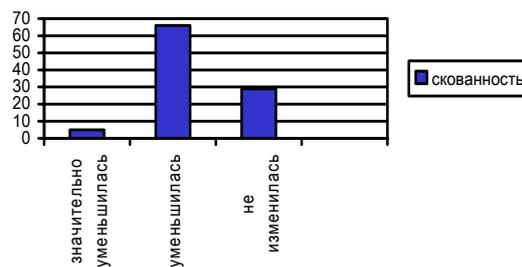


Рис. 3. Влияние аппликаций на утреннюю скованность при РА

Таблица 3

Оценка эффективности лечения врачом и пациентом

Критерий	Оценка пациентом		Оценка врачом	
	Число больных	%	Число больных	%
Очень эффективно	38	30,9	42	34,2
Улучшение	82	66,7	80	65
Без улучшения	3	2,4	1	0,8

Переносимость препарата «Гиасульф» была оценена в 94% случаев как хорошая и очень хорошая. Отмена препарата в одном случае была обусловлена местной аллергической реакцией в виде папулезной экзантемы. У двух пациентов во время первых дней лечения отмечался небольшой кожный зуд и гиперемия в месте

нанесения. Эти проявления не потребовали отмены препарата и купировались самостоятельно к 3–4 дню лечения. Оценка эффективности лечения гиалуронатсодержащим гелем вратом и пациентом в целом совпала (табл. 3). В дальнейшем хотели бы продолжать терапию гелем «Гиасульф» 97% пациентов.

Заключение. Таким образом, получены данные об эффективности сочетания базовой терапии при различных воспалительных и дегенеративных заболеваниях суставов с применением аппликаций многокомпонентного геля «Гиасульф». Местная терапия более безопасна и адресна, чем системное применение традиционно используемых для купирования болевого синдрома нестероидных противовоспалительных средств (НПВС).

Системное применение НПВС сопряжено с повышенным риском гастропатий, наиболее грозным осложнением, которым может быть желудочно-кишечное кровотечение. К числу основных факторов риска этого осложнения относится возраст старше 65 лет и длительный прием ГКС. Это как раз категория пациентов с наиболее распространенными ревматологическими нозологиями: остеоартрозом и ревматоидным артритом.

Кроме того, пожилые пациенты (а это 60% потребителей НПВС) страдают сердечно-сосудистой патологией: АГ, ИБС, ХСН. Применение системных НПВС может повлечь дестабилизацию течения заболеваний и в отдельных случаях их прогрессирование. Имеются сведения о том, что длительное системное применение неселективных НПВС может приводить к ухудшению метаболизма хряща и утяжелению первичного и вторичного артроза. Известно токсическое влияние НПВС на почки, печень, кровотворение.

Одновременно недопустимым на современном этапе является пролонгирование болевого синдрома, поскольку хроническая боль является триггером множества неблагоприятных организменных реакций. В то же время именно болевой синдром служит главным ограничителем двигательной активности у пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата и основным из факторов, снижающих качество жизни.

Своевременное лечение болей, исходящих из суставов, периартикулярных структур и позвоночника препятствует хронизации болевого синдрома и способствует поддержанию двигательной активности пациентов. Выбор современных препаратов позволяет осуществлять индивидуальный подбор лечения с учетом сопутствующей патологии и основных противопоказаний.

Достоинства многокомпонентного геля «Гиасульф» заключаются в комплексном воздействии на патологический процесс и механизмы возникновения боли: это и противовоспалительный эффект и улучшение обменно-трофических процессов и местноанестезирующее действие. Противопоказаний к данному виду лечения нет, за исключением локального поражения кожи в месте нанесения геля и индивидуальной чувствительности к одному из компонентов препарата.

Проведенное исследование продемонстрировало анальгетический эффект геля «Гиасульф», эффективность терапии оценена положительно врачами и пациентами. Важным достоинством аппликационного лечения является простота и безопасность. Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод о целесообразности применения геля «Гиасульф» в комплексной терапии суставных воспалительных и дегенеративных заболеваний.

Литература

1. Хитров Н.А. и др. Локальная терапия остеоартроза // Лечащий врач.– 2008.
2. Насонов Е.Л. // Врач.– 2002.– С. 15–19.
3. Цурко В.В. Остеоартроз: фармакотерапия боли и прогрессирования заболевания // Фармацевтический вестник.– № 27.
4. Клименко Н.А. // Врач. практика.– 1999.– № 6.– С. 5–10.
5. Балабанова Р.М. и др // Тер. архив.– 1982.– № 2.– С. 118–121.
6. Григорьева В.Д., Федорова Н.Е. // Тер. архив.– 1997.– № 5.– С. 61–63.
7. Насонова В.А. и др. // Тер. архив.– 1998.– № 11.– С. 65–66.
8. Цветкова Е.С. // Consilium medicum.– 1999.– Т. 1, № 5.– С. 205–207.

УДК 616.72-002-001.6-615.45

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ВНУТРИСУСТАВНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ «АРТРОНИЛА» ПРИ ГОНАРТРОЗЕ

О.С. АВДЕЕВА*, Е.А. БЕЛЯЕВА*, И.А. ФЕДОРИЩЕВ*, Т.А. ЮНИНА**

Обращаемость за врачебной помощью пациентов с остеоартрозом обусловлена двумя основными причинами: выраженным болевым синдромом и наличием функциональных нарушений. Появление боли при ОА может быть следствием различных причин: синовита, трабекулярных микропереломов, внутримедулярной гипертензии, давления на обнаженную субхондральную кость, спазма околоуставных мышц, дегенеративных изменений интраартикулярных связок, наличия остеофитов. Прогрессирующие двигательные нарушения ассоциируются главным образом с поражением коленных и тазобедренных суставов. Основным звеном патогенеза остеоартроза является дегенерация хряща. При этом «изнашивание» хряща наступает в результате дисбаланса между анаболическими и катаболическими процессами в хрящевой ткани при нагрузке. Несмотря на то, что сегодня уже доказана эффективность системного применения медленнодействующих хондропротективных препаратов (хондроитина и глюкозамина), не менее привлекательным является метод внутрисуставного введения препаратов гиалуроновой кислоты непосредственно в пораженный сустав. Такой метод терапии позволяет оказывать лечебное воздействие непосредственно во внутренней среде сустава, направленное на гиалиновый хрящ. Лечение гонартроза введением препаратов гиалуроновой кислоты применяется с 1980-х гг. и в настоящее время включено в клинические рекомендации в Европе, Америке и России.

Обоснованием для применения препаратов гиалуроновой кислоты для внутрисуставных инъекций является позитивное влияние на синовиальный гомеостаз: восстановление смазывающих и ударопоглощающих свойств синовиальной жидкости, защита суставного хряща от механического повреждения, восстановление способности сустава вырабатывать эндогенный гиалуронан. Производные гиалуроновой кислоты не только замедляют разрушение суставного хряща, но и оказывают симптоматическое действие: способствуют значительному уменьшению болевого синдрома и расширению объема движений.

Производные гиалуроната, применяемые для внутрисуставной терапии подразделяются на две группы: 1. Препараты с линейной (т.е. подобной природной) структурой молекулы: а) полученные из петушиных гребешков (стралган); б) полученные путем длительной бактериальной ферментации (остенил, ферматрон). 2. Препараты с перикисными (не природными связями) между молекулами гиалуроновой кислоты: а) синтезированный комплекс полисахарида (синвиск). Рекомендуемые курсы терапии: для синвиска и гиалгана – 3 введения, для остенила и ферматрона – 5 введений в целевой сустав. Интервал между последовательными введениями составляет 7 дней. Препараты не применяются при аллергии на куриный белок, при венозном и лимфатическом стазе. Противопоказанием для их введения является остеоартроз IV рентгенологической стадии по Келлгрэну – Лоуренсу.

Лечебное действие гиалуронат оказывает только при введении строго в полость сустава, поэтому для оценки результатов локальной терапии препаратами этой группы важны навыки исследователя по проведению внутрисуставных инъекций. Одним из перспективных препаратов для лечения гонартроза является отечественный препарат «Артронил», относящийся ко 2-й группе производных гиалуроната, который представляет собой гель с РН 6,8–7,2 и концентрацией гиалуроната – 1%, молекулярной массой >3,0 млн ДА, вязкостью 500 мПа/с, Т деградации 150 ч.

Цель – изучение эффективности артронила при гонартрозе.

Материал и методы. На клинической базе кафедры внутренних болезней ТулГУ в Тульском городском ревматологическом центре было проведено исследование эффективности и безопасности применения Артронила при первичном и вторичном гонартрозе. Проведен анализ 108 случаев внутрисуставного введения артронила в коленные суставы. У всех пациентов диагноз гонартроза был достоверен и соответствовал преимущественно второй и третьей стадии по критериям Келлгрэна – Лоуренса. В группу исследования вошли пациенты с первичным и вторич-

* Тульский государственный университет, медицинский институт
** Городской ревматологический центр