

Новые возможности ведения больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата

Лагодич Т.С., Французова Н.Н., Николаевская Т.И.

Кафедра нормальной физиологии Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца; Центральная районная поликлиника Соломенского района, г. Киев; Научный центр радиационной медицины АМН Украины, Отделение консультативной помощи, г. Киев.

Остеоартроз – хроническое прогрессирующее заболевание суставов невыясненной этиологии, которое характеризуется поражением хрящевой ткани и структурными изменениями субхондральной кости, а также умеренно выраженным синовитом [4].

Патология опорно-двигательного аппарата занимает ведущие позиции по продолжительности временной нетрудоспособности. Сегодня в Украине насчитывается более 1 млн. людей, которые страдают остеоартрозом, и распространенность этого заболевания с каждым годом возрастает [6].

Основные изменения обменных процессов при остеоартрозе связаны с нарушением метаболизма основного полисахарида хрящевой ткани – хондроитина сульфата, который удерживает в хряще воду, обеспечивая тем самым его амортизирующие свойства. Кроме того, хондроитина сульфат является одним из ключевых факторов трофики суставного хряща, т.к. хрящевая ткань не имеет в своей структуре кровеносных сосудов и иннервации. Поэтому, при остеоартрозе, в условиях недостаточности хондроитина, хрящ утрачивает свои механические свойства: эластичность, прочность, резистентность, что приводит к разрушению хрящевого матрикса и воспалению [3,6].

Основными задачами в лечении остеоартроза являются уменьшение болевого синдрома, приостановление разрушения хряща и максимально возможное его восстановление, снижение риска рецидивов, а также улучшение качества жизни пациентов [4].

Успешно бороться с болевым синдромом нам позволяет огромный арсенал средств, относящийся к группе нестероидных противовоспалительных препаратов. Однако, эти препараты никоим образом не влияют на структуру хряща, тем более на восстановление его матрикса. Замедлить разрушение и стимулировать регенерацию хрящевой ткани мы можем с помощью лекарственных препаратов, которые объединены в группу хондропротекторов. Особый интерес вызывает препарат хондроитина сульфата 2,0 мл (200мг), который мы применяем в лечебной практике уже три года. хондроитина сульфата тормозит процессы дегенерации и стимулирует регенерацию хрящевой ткани, оказывая хондропротекторное, противовоспалительное и анальгезирующее действие. Хондроитина сульфат замедляет также резорбцию субхондральной костной ткани и снижает потери кальция, ускоряя процессы ремоделирования кости, что очень важно на фоне остеопороза [1, 3].

Для того, чтобы быстрее добиться положительной динамики и ремисии, а, следовательно, сократить количество дней нетрудоспособности, необходимо создавать максимальные концентрации хондроитина сульфата в региональном кровотоке пораженного участка опорно-двигательной системы и, таким образом, быстрее устранить дефицит собственного хондроитина. Реальным выходом в таких случаях мы считаем введение хондроитина сульфат в места, наиболее приближенные к пораженным суставам. Это и явилось целью нашей работы, а именно, изучить возможность параартикулярного и паравертебрального способа введения хондроитина сульфат, а также проанализировать результаты лечения при введении его методом электрофореза.

Мы проанализировали лечение хондроитин сульфатом 62 пациентов с заболеваниями позвоночника (остеохондроз грудного и шейного отдела позвоночника, спондилез) и заболеваниями коленных суставов (остеоартроз коленных суставов 2-3 ст.). В связи с тем, что данной группе пациентов были противопоказаны нестероидные противовоспалительные препараты из-за наличия в анамнезе заболеваний ЖКТ (язвенная болезнь 12-перстной кишки, хронический гастродуоденит, хронический эрозивный гастрит), им был назначен только раствор хондроитина сульфат совместно с физиотерапевтическими процедурами.

Пациенты были разделены на группы по способу введения раствора хондроитина сульфата.

Все пациенты неоднократно в течение предыдущих лет принимали лечение амбулаторно, стационарно, а также проходили санаторно-курортное лечение.

Схемы лечения в разных группах пациентов отличались.

1-й группе пациентов инъекции хондроитина сульфата был назначен ежедневно по 2 мл, разделив эту дозу на 46 инъекций паравертебрально. Курс лечения продолжался 20 дней. Совместно с лечением хондроитина сульфат, пациенты прошли курс магнитотерапии и УЗ-терапии на область позвоночника (№ 5, ежедневно).

2-й группе пациентов инъекции хондроитина сульфата вводился по 2 мл, разделив дозу на 2 инъекции параартикулярно в области коленного сустава ежедневно в течении 20 дней. В комплексе с лечением хондроитин сульфатом пациенты прошли курс магнитотерапии на коленные суставы (№5, ежедневно, на оба коленных сустава), затем курс УЗ-терапии на область коленных суставов (№ 7, ежедневно, на оба коленных сустава).

3-я группа пациентов получала хондроитина сульфата по 2,0 мл внутримышечно ежедневно на протяжении 20 дней совместно с микроволновой терапией на область коленных суставов («Луч» № 5, ежедневно) и УЗ-терапией вдоль позвоночника (№7, ежедневно).

4-й группе пациентов был назначен хондроитина сульфат, введенный методом электрофореза. Учитывая сложную структуру препарата хондроитина сульфат было решено вводить его с двух полюсов одновременно: с положительного и отрицательного. Для проведения электрофореза использовали 3%-5% раствор хондроитина сульфата, для чего разводили физиологическим раствором в пропорциях 1:2 или 1:3. Электрофорез проводили на протяжении 10 дней, ежедневно, на область обоих коленных суставов. Время процедуры – 25 минут. Сила тока 10-15 мА.

Медикаментозная терапия всех пациентов проводилась только препаратом хондроитина сульфат, без использования противовоспалительных средств, а пациентам 4-й группы хондроитина сульфат вводили методом электрофореза без использования других физиотерапевтических процедур.

Все пациенты хорошо переносили терапию, из побочных явлений было выявлено только геморрагии в месте инъекций у 4 пациентов. В среднем к 4-5 суткам пациенты 1 и 2 групп отметили уменьшение болей по ходу позвоночника и в области коленных суставов, уменьшение скованности по утрам, а также разрешение отека суставов. К 10-12 суткам пациенты этих групп отметили увеличение подвижности пораженных суставов и позвоночника, а также уменьшилась крепитация при движении пораженных суставов. Эффект от проводимой терапии пациенты 3 группы стали отмечать к 6-7 дню лечения, а на 10-12 день все пациенты 3 группы отмечали также уменьшение боли в области пораженных суставов, уменьшение утренней скованности и увеличение подвижности. Дальнейшее диспансерное наблюдение в течение 1,5-2 месяцев позволяет утверждать продолжающуюся положительную динамику, которую субъективно отмечали больные всех групп. Пациенты 4 группы также отметили улучшение состояния на 6-7 процедуре. Пройдя десятидневный курс электрофореза с препаратом «Хондроитина сульфат» 92% пациентов 4 группы отмечали аналогичные положительные результаты, описанные выше.

Таким образом, препарат Хондроитина сульфат 2,0 мл (200мг), в некоторых случаях целесообразнее вводить паравертебрально и параартикулярно, что позволяет быстрее и эффективнее достигать максимальных концентраций хондроитина сульфата в региональном кровотоке пораженных участков опорнодвигательного аппарата, что приводит к укорочению сроков нетрудоспособности. Кроме того, нами разработана новая методика введения Хондроитина сульфат методом электрофореза, которая дает положительные результаты у пациентов с дегенеративно-воспалительными заболеваниями суставов и может быть предложена как альтернативная схема ведения таких пациентов. Особенно это важно тем больным, которым в силу различных причин противопоказаны нестероидные противовоспалительные препараты.

Литература:

1. Алексеева Л.И. Новые направления терапии остеоартроза // Фарматека. – 2003. -Т. 5. -С. 20-24.
2. Алексеева Л.И. Перспективы хондропротективной терапии остеоартроза // Научнопрактическая ревматология. – 2003. -№ 4. -С 8386.
3. Бобко А.М. Застосування препарату Мукосат у лікуванні остеоартрозу колінного суглоба // Вісник ортопедії і травматології та протезування. -2006. -№ 2. – С. 77-79.
4. Коваленко В.Н., Борткевич О.П. Остеоартроз. Практическое руководство. К.: Морион, 2003. – 446 с.
5. Ковальчук Н.В., Ладикова В.Я. Опыт применения хондропротекторов для лечения дегенеративных и воспалительных заболеваний опорнодвигательного аппарата // Новости медицины и фармации. – 2007. -№ 10 (214). – С. 8.
6. Корж Н.А., Дедух Н.В., Горидова Л.Д., Маколюнец В.И. Остеоартроз: новые подходы к лечению // Літопис травматології та ортопедії. – 1999. -№ 3. – С. 27-29.
7. Чичасова Н.В., Имамединова Г.Р., Шевченко О.В. Инъекционная терапия остеоартроза //Качество жизни. -М.: Медицина, 2003. -№ 3. -С. 69-72.
8. Brooks P.M. Impact of osteoarthritis on individuals and society: how much disability? Social consequences and health economic implications // CurrentOpinion in Rheumatology. – 2002. – Vol. 14. – P. 573574.

9. *EULAR standardised operating procedures for the elaboration, evaluation, dissemination, and implementation of recommendations endorsed by the EULARstanding committees // Ann. Rheum. Dis. – 2004. – Vol. 63. – P. 1172-1176.*