

Опыт применения хондропротекторов для лечения дегенеративных и воспалительных заболеваний опорно-двигательного аппарата

Н.В. КОВАЛЬЧУК, ортопед-травматолог ГКБ № 8, заслуженный врач Украины; В.Я. ЛАДИКОВА, зав. хирургическим отделением МСЧ завода «Маяк», г. Киев

Дегенеративные заболевания опорно-двигательного аппарата являются социально отягощающим фактором, который занимает 2-е место по количеству дней и 3-е — по количеству случаев временной нетрудоспособности. Этими заболеваниями страдает около 78 % населения в возрасте 50–60 лет.

Основные изменения обменных процессов при дегенеративных заболеваниях суставов связаны с нарушением метаболизма хряща. При этом наблюдается недостаточность основного полисахарида хрящевой ткани — хондроитина сульфата, который удерживает в хряще воду и тем самым повышает его амортизирующие свойства. Кроме того, хондроитин является ингибитором ферментов, способствующих разрушению хряща, а исследования, посвященные фармакологическим эффектам хондроитина сульфата, установили наличие противовоспалительной активности. Поэтому в условиях недостаточности хондроитина хрящ утрачивает свои механические свойства: эластичность, прочность, резистентность, что приводит к воспалению и разрушению хрящевого матрикса.

Вполне логичным и патогенетически оправданным является назначение хондропротекторов, содержащих хондроитина сульфат, с целью устранения развившейся недостаточности. Арсенал средств, которые содержат в своем составе хондроитин, довольно велик, и, казалось бы, проблем здесь нет. Однако, согласно различным данным, биодоступность перорально принимаемого хондроитина не превышает 10–13 %. В этой ситуации особый интерес вызывает хондропротекторный препарат хондроитина сульфат т 2,0 мл (200 мг). Хондроитина сульфат тормозит процессы дегенерации и стимулирует регенерацию хрящевой ткани, оказывая хондропротекторное, противовоспалительное и анальгезирующее действие. Включаясь в метаболизм, экзогенный хондроитина сульфат замещает хондроитина сульфат суставного хряща, катаболизированный дегенеративными процессами; подавляет активность энзимов, вызывающих деградацию суставного хряща: ингибирует металлопротеиназы, в частности лейкоцитарную эластазу; снижает активность гиалуронидазы, частично блокирует выброс свободных кислородных радикалов. Хондроитина сульфат также стимулирует выработку хондроцитами протеогликанов, оказывает благоприятное влияние на фосфорно-кальциевый обмен, позволяет восстановить целостность хрящевого матрикса. Противовоспалительный и анальгезирующий эффекты достигаются благодаря снижению выброса в синовиальную жидкость медиаторов воспаления и болевых факторов через синовиоциты и макрофаги синовиальной оболочки, а также вследствие подавления секреции лейкотриена В4 и простагландина Е2.

Кроме того, хондроитина сульфат способствует восстановлению продукции синовиальной жидкости, тем самым улучшая трофику и смазку суставных поверхностей. Это, в свою очередь, увеличивает объем движений в суставах, способствует уменьшению интенсивности боли и улучшению качества жизни.

Экспериментальные исследования и клинический опыт показали, что хондроитина сульфат практически нетоксичен. Описанные побочные действия встречаются крайне редко. Производителем была предложена схема введения препарата по 2,0 мл в/м через день. Курс лечения — 25–35 инъекций. Данная схема продолжительна и подразумевает медленное начало действия и пролонгированный эффект после прекращения лечения. Однако иногда с целью более раннего наступления эффекта от лечения мы вынуждены вводить различные препараты внутрисуставно. Чаще всего это глюкокортикоиды пролонгированного действия, которые оказывают выраженный противовоспалительный эффект, при этом ни о какой хондропротекции речи быть не может. Долгое время параллельно с глюкокортикоидами интраартикулярно мы вводили алфлутоп по причине отсутствия какой-либо альтернативы. Учитывая, что целесообразнее вводить хондроитина сульфат, мы пришли к выводу о необходимости изучить возможность внутрисуставного введения Мукосата и сравнить результаты лечения с ранее применяемым алфлутопом. Это и явилось целью нашей работы.

В исследовании принимали участие пациенты в возрасте от 30 до 65 лет с остеоартрозом II–III стадии заболевания.

Основными жалобами пациентов до начала лечения были боли в области пораженных суставов, ограничение объема движений (болевая контрактура) разной степени выраженности, сглаженность, а порой и деформация контуров сустава. Часть пациентов из-за выраженности болевого синдрома вынуждена была ранее принимать нестероидные противовоспалительные препараты периодически или постоянно.

Пациенты были разделены на группы: 1-я и 2-я получали хондроитина сульфат, а 3-я и 4-я — алфлутоп. При этом больным 2-й и 4-й групп хондропротекторы начинали вводить интраартикулярно, с последующим переходом на в/м введение до завершения курса терапии (табл. 1).

Таблица 1. Разделение пациентов на группы в зависимости от схемы лечения

Группа	1-я, n = 280	2-я, n = 89	3-я, n = 106	4-я, n = 76
Препарат	Мукосат	Мукосат	Алфлутоп	Алфлутоп
Схема применения	В/м по 2,0 мл через день или ежедневно № 20	В/с по 2,0 мл через день № 5 с последующим введением в/м № 10–15	В/м по 1,0 мл ежедневно № 20	В/с по 2,0 мл 2 раза в неделю № 5 с последующим введением в/м № 10–15

Оценку состояния пациентов производили при первичном обращении, а также на 5, 10, 15-й дни лечения и через 2 месяца после окончания терапии. За критерии оценки состояния были взяты интенсивность боли и объем движений в пораженных суставах (табл. 2).

Таблица 2. Показатели динамики терапии у пациентов с остеоартрозами

Показатель	Период	1-я группа	2-я группа	3-я группа	4-я группа
Уменьшение боли в пораженных суставах	5-е сут.	Незначительное	На 15 %	Незначительное	Незначительное
	10-е сут.	На 15 %	На 20 %	На 5 %	На 10 %
	15-е сут.	На 40 %	На 65 %	На 30 %	на 35 %
	Через 2 мес. после лечения	На 80 %	На 85 %	На 70 %	на 75 %
Увеличение объема движений	5-е сут.	Незначительное	На 5 %	Незначительное	Незначительное
	10-е сут.	На 10 %	На 25 %	На 5 %	На 10 %
	15-е сут.	На 30 %	На 40 %	На 20 %	На 25 %
	Через 2 мес. после лечения	На 50 %	На 55 %	На 40 %	На 40 %

Пациентам, которые постоянно или периодически принимали НПВП на фоне лечения хондроитина сульфатом, доза НПВП была снижена в 2–2,5 раза, а через 2 месяца после лечения 79 % больных вообще прекратили прием НПВП.

Параллельно с медикаментозной терапией (хондроитина сульфат или алфлутоп) пациенты, у которых в анамнезе были отмечены заболевания желудочно-кишечного тракта, прошли курс магнитотерапии на область пораженного сустава (№ 7 ежедневно) и/или курс УЗ-терапии на область пораженного сустава (№ 7 ежедневно).

Внутрисуставное введение хондроитина сульфат все больные перенесли хорошо, побочных явлений ни в месте введения, ни со стороны сустава не наблюдалось. Наоборот, после интраартикулярного введения хондроитина сульфат больные субъективно отмечали значительное уменьшение крепитации и довольно быстрое увеличение объема движений (на 3-й–5-е сутки). При внутримышечном введении хондроитина сульфат у 8 пациентов наблюдались небольшие гемorragии в месте инъекции (гепариноподобный эффект), которые исчезали самостоятельно и не требовали дополнительного вмешательства или отмены препарата.

Со стороны показателей коагулограммы отмечалась тенденция к нормализации (уменьшению) протромбинового индекса на фоне терапии х хондроитина сульфатом при первоначальном его увеличении у пожилых людей, при этом на фоне лечения алфлутопом, напротив, наблюдалось его повышение, что ограничивало применение препарата у больных с варикозной болезнью.

Выводы

1. Разработана и внедрена в клинику новая схема лечения больных с остеоартрозами, которая включает внутрисуставное введение хондропротектора хондроитина сульфат 2,0 мл (200 мг).
2. Новая схема лечения обеспечила более быстрое купирование болевого синдрома и увеличение объема движений в пораженных суставах.
3. Каких-либо побочных реакций при внутрисуставном введении хондроитина сульфата не отмечалось, при этом значительно регрессировали признаки крепитации и наблюдалось увеличение объема движений.
4. Выявлено положительное влияние хондроитина сульфат на показатели реологических свойств крови.
5. На основании полученных положительных результатов и достаточно хорошей переносимости хондроитина сульфат как при внутрисуставном, так и при внутримышечном введении считаем целесообразным более широкое применение данной методики и в других клиниках.