

ХОНДРОПРОТЕКТОРНАЯ ТЕРАПИЯ (ИНЪЕКЦИОННАЯ ФОРМА ХОНДРОИТИНА СУЛЬФАТА) ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

***Н. В. Капустина, Т. Д. Кобракова; «ФГБОУ ВПО РГУФКСМиТ» « ФАУ МО РФ ЦСКА»,
г.Москва***

Остеоартроз (ОА) является одним из самых распространенных заболеваний суставов, встречается в России у 10–12% населения [1, 5]. Фремингемское эпидемиологическое исследование (Framingham Osteoarthritis Study) показало, что за последние 20 лет частота ОА коленных суставов в популяции значительно увеличилась [2]. В России заболеваемость ОА за последние годы выросла на 35% [1, 5]. В настоящее время ОА рассматривают как гетерогенную группу заболеваний различной этиологии со сходными биологическими, морфологическими, клиническими проявлениями. В основе заболевания лежит поражение всех компонентов сустава: хряща, синовиальной оболочки, связок, капсулы и околосуставных мышц, субхондральной кости [1, 3].

Причиной развития ОА являются различные генетические (у пациентов с врожденными заболеваниями костей и суставов, у женщин ОА встречается гораздо чаще, чем у мужчин) и приобретенные (пожилой возраст, избыточный вес, обменные нарушения, перенесенные операции на суставах, избыточные нагрузки, например, у артистов балета, грузчиков, или травмы суставов) факторы. Определенное значение имеет простуда (например, в случаях возникновения артроза у рабочих горячих цехов).

Причинные факторы ОА [4]:

- возрастные изменения в структуре суставного хряща;
- нарушение обмена веществ как причина сбоев в синтезе хрящевой ткани (сахарный диабет, заболевание желез внутренней секреции);
- избыточный вес, увеличивающий нагрузку на суставы ног;
- наследственный фактор;
- травмы суставов (посттравматический артроз);
- длительная статическая нагрузка на сустав;
- плоскостопие — смещает центр тяжести и повышает нагрузку на суставы;
- проблемы с сосудами нижних конечностей, которые нарушают питание хрящевой ткани.

Среди причин нетрудоспособности у пациентов старше 50 лет ОА занимает 2-е место. Чаще и раньше поражается коленный сустав, так как является опорным, на который падает наибольшая осевая нагрузка [3].

Особой группой риска в отношении развития ОА коленных суставов являются спортсмены. Экстремальные физические нагрузки и высокий уровень травматизма способствуют более раннему развитию дегенеративно-дистрофических изменений в структурах коленного сустава. Лечение остеоартроза у действующих спортсменов и ветеранов спорта является чрезвычайно важной проблемой [5–7].

Как правило, используется комплексный подход в лечении ОА с применением различных немедикаментозных методов, фармакотерапии, а в некоторых случаях и хирургического вмешательства (артродез, артропластика).

В настоящее время существуют препараты замедленного действия, так называемые SYSADOA (Symptomatic Slow Acting Drugsfor Osteo Arthritis), обладающие симптом-модифицирующим и, предположительно, структурно-модифицирующим действием на суставной хрящ. Типичным представителем данной группы препаратов является хондроитина сульфат. Изучение эффективности применения средств, относящихся к группе хондропротекторов, у больных с ОА коленных суставов представляет особый интерес как в ревматологической практике, так и в практике спортивной медицины [1, 8].

Целью настоящего исследования было оценить эффективность, переносимость и безопасность применения хондроитина сульфата у пациентов — ветеранов спорта с посттравматическим остеоартрозом коленных суставов.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе врачебно-спортивного диспансера ЦСКА (ФАУ МО РФ ЦСКА). В исследовании приняли участие 30 пациентов (7 мужчин и 23 женщины) с достоверным диагнозом ОА коленных суставов 1–3 рентгенологическими стадиями по Kellgren-Lowrence. Средний возраст составил 56 ± 18 лет. Больные были разделены на две группы: первая группа — больные с 1–2 степенью ОА коленных суставов, вторая группа — больные с 3-й степенью ОА коленных суставов.

Критерии включения:

- подписанное пациентом информированное согласие;
- интенсивность боли в исследуемом суставе не менее 40 мм по визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

В дизайне исследования предусмотрено: 5 визитов — вступление в исследование — окончание курса лечения — окончание периода наблюдения соответственно, в каждом из визитов проводилось анкетирование пациентов.

Лечение проводили в соответствии с инструкцией по применению препарата: препарат вводился внутримышечно в дозе 0,1 г через день, с 4-й инъекции, при хорошей переносимости, доза увеличивалась до 0,2 г. Курс лечения — 30 инъекций. Период наблюдения после лечения составлял 90 дней.

Исследование проведено с соблюдением прав, предусмотренных ст. 7 Международной конвенции гражданских и политических прав, Федеральным законом 1998 года № 86-ФЗ «О лекарственных средствах», приказом Минздрава РФ 2003 года № 266 «Об утверждении правил клинической практики в РФ». Статистический анализ проведен с использованием общепринятых методик.

Результаты исследования и их обсуждение

Демографические данные пациентов представлены в таблице. Все пациенты полностью завершили исследование. Анализ показателей индекса WOMAC в исследуемых группах в динамике выявил следующие изменения: отмечено снижение показателей индекса по всем трем субшкалам к 60-му дню исследования (окончание лечения — визит 3) в первой группе — боль — с 232 ± 88 мм до 140 ± 61 мм, скованность — с 99 ± 23 мм до 62 ± 19 мм, функция — с 775 ± 224 мм до 639 ± 171 мм; во второй группе — боль с 272 ± 94 мм до 210 ± 59 мм, скованность — с 118 ± 28 мм до 88 ± 22 мм, функция — с 984 ± 243 мм до 745 ± 201 мм. Кроме того, отмечено дальнейшее снижение индекса WOMAC после курса лечения в периоде наблюдения (150-й день исследования — окончание периода наблюдения, рис. 1 и 2).

Характеристика пациентов

Показатель	Группа 1 (n = 13)	Группа 2 (n = 17)
Пол (м/ж)	9/4	14/3
Возраст	47 ± 9	62 ± 12
Суммарное значение шкалы по WOMAC	1106	1374

Примечание: n – число пациентов.

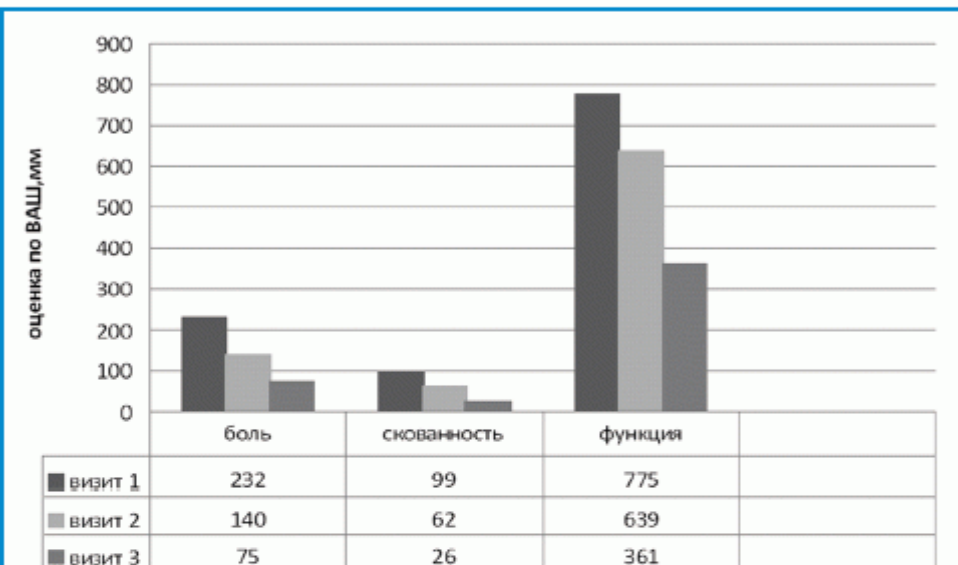


Рис. 1. Динамика индекса WOMAC у пациентов первой группы

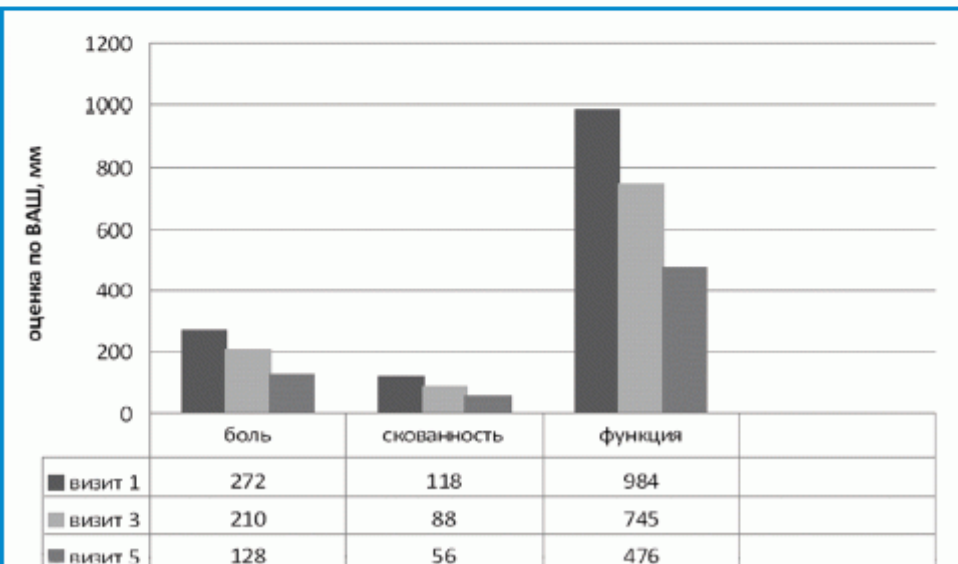


Рис. 2. Динамика индекса WOMAC у пациентов второй группы

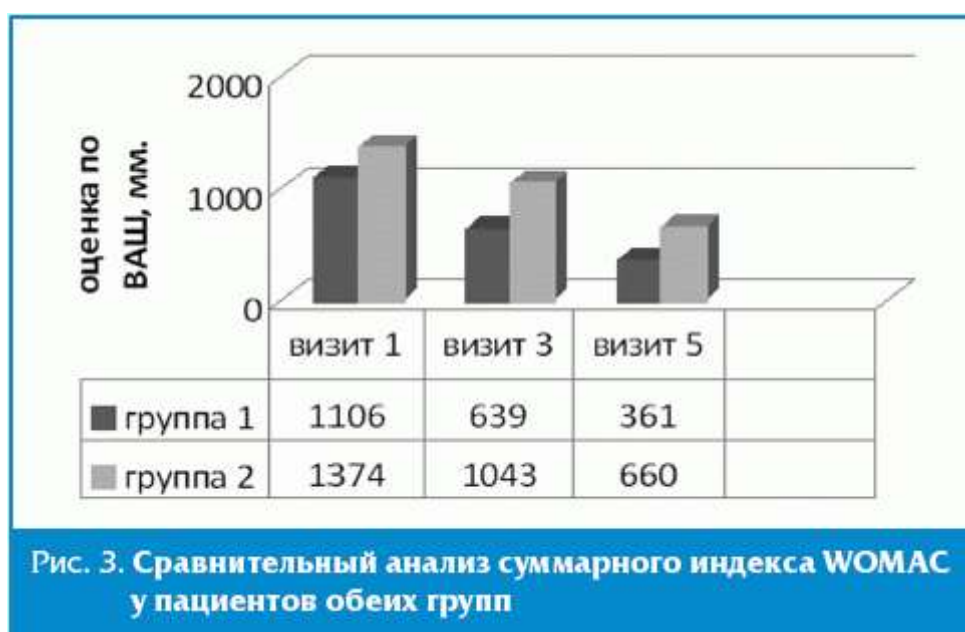
Нами была проведена оценка динамики суммарного индекса WOMAC в обеих исследуемых группах. В результате установлено, что наибольшее снижение его показателя произошло у пациентов первой исследуемой группы: к 60-му дню

исследования на 42%, к 150-му дню исследования — на 67% (по отношению к исходному показателю), а во второй исследуемой группе на 24% и 48% соответственно.

Таким образом, сравнительный анализ динамики изменения суммарного индекса WOMAC выявил, что эффективность лечения хондроитином сульфат выше в первой исследуемой группе больных, чем во второй, что отражено на рис. 3.

По опросу пациентов после окончания исследования выявлено, что большая из них — 72% (среднее значение по двум группа) оценивало эффективность хондроитина сульфат как «хорошо». Оценка «без изменений» — 2 больных второй группы.

В ходе исследования у одного пациента лечение осложнилось аллергическим дерматитом, симптомы которого были купированы десенсибилизирующими препаратами.



Выводы

1. На основании полученных в ходе исследования данных препарат хондроитина сульфат обладает высокой фармакологической активностью и терапевтической эффективностью в лечении остеоартроза коленного сустава.
2. Исследования подтвердили его симптом-модифицирующее действие, проявляющееся в уменьшении интенсивности боли, улучшении функции суставов. Также подтверждено его замедленное действие, проявляющееся в уменьшении интенсивности боли после окончания курса лечения.
3. По окончании курса лечения отмечено уменьшение интенсивности боли в течение всего времени наблюдения, что подтверждает длительное последствие препарата хондроитина сульфат.
4. При сравнительном анализе динамики индекса WOMAC установлена его большая эффективность при начальных стадиях ОА.

Таким образом, хондроитина сульфат является высокоэффективным препаратом и рекомендуется как спортивным врачам, так и врачам общей практики для лечения пациентов с посттравматическим остеоартрозом коленных суставов.

Литература:

1. *Алексеева Л. И., Чичасова Н. В., Беневоленская Л. И.* и соавт. Перспективы комбинированной хондропротективной терапии остеоартроза // Научно-практическая ревматология. 2004, № 4, с. 77–79.
2. *Галушко Е. А., Большакова Т. Ю., Виноградова И. Б.* и др. Структура ревматических заболеваний среди взрослого населения России по данным эпидемиологического исследования // Научно-практическая ревматология. 2009. № 1. С. 11–17.
3. *Иониченок Н. Г., Карусинов П. С.* и соавт. Клинико-инструментальная оценка влияния фармакотерапии на течение остеоартроза коленных суставов // Научно-практическая ревматология. 2007, № 1, с. 69–75.
4. *Топчий Н. В.* Артрадол (хондроитин сульфат) — новое средство в лечении остеоартроза // РМЖ. Ревматология. 2013. № 4, с. 1–3.
5. *Новик А. А., Ионова Т. И.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине / Под ред. ак. РАМН Ю. Л. Шевченко. М.: ОЛМА-Медиагрупп, 2007. С. 169–170.
6. *Bellamy N., Buchanan W. W., Goldsmith C. H., Bellamy N.* Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee // J. Rheumatol. 1988. № 15. P. 1833–1840.
7. *Shelbourne K. D.* et al. Outcome of untreated traumatic articular cartilage defects of the knee: a natural history study // J Bone Joint Surg Am. 2003. № 85. P. 8–16.
8. *Michael W. P.* et al. The Epidemiology, Etiology, Diagnosis, and Treatment of Osteoarthritis of the Knee // Dtsch. Arztebl. Int. 2010; № 107. P. 152–162.