

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОМПЛЕКСА ПРОТЕКТА С ИНЪЕКЦИОННЫМИ ХОНДРОПРОТЕКТОРАМИ

А.Н. Косяков, В.Л. Авилов, А.А. Бицкий; г. Киев

В статье рассматриваются современные взгляды на проблему остеоартроза, а также собственные данные в отношении тактики лечения пациентов с остеоартрозом и место хондропротекторов в лечении данной патологии.

Современный этап развития медицины характеризуется рядом достижений, многие из которых связаны с повышением эффективности и безопасности лекарственной терапии широко распространенных заболеваний. Боль в области суставов верхних и нижних конечностей - служат одной из наиболее частых причин обращения к врачам различных специальностей - ортопедам, ревматологам и нередко являются показанием для госпитализации пациента. Около 10-12% таких жалоб - это первый симптом остеоартроза. Согласно исследованиям ученых остеоартроз встречается по всему миру и ему подвержено около 20% жителей земного шара. Чаще всего первые симптомы появляются в возрасте 40-45 лет. Долгие годы остеоартроз может протекать почти бессимптомно и проявляться лишь в виде дискомфорта в суставе при ходьбе и небольшой боли при сильных нагрузках.

Остеоартроз - гетерогенная группа заболеваний различной этиологии, которые имеют сходные биологические, морфологические и клинические исходы. В основе данного заболевания лежит поражение всех компонентов сустава: суставного хряща, субхондральной кости, связок, капсулы, синовиальной мембраны и периартикулярных мышц. Необходимо отметить, что среди всех заболеваний опорно-двигательного аппарата остеоартроз (остеоартрит) является самой распространенной болезнью и одной из основных причин преждевременной потери трудоспособности и инвалидности.

Причины остеоартроза многообразны, при этом выделяют различные факторы, имеющие значение в возникновении и прогрессировании заболевания: механические воздействия, биологические (генетические) особенности суставных структур, воспаление. Патологический процесс при остеоартрозе характеризуется в первую очередь деградацией хряща. Гистологические изменения в нем касаются двух основных компонентов матрикса - коллагена и протеогликанов и выявляются уже на ранних стадиях заболевания. Деградация хряща обусловлена изменением структуры протеогликанов, агрегированных протеогликанов и снижением агрегационных свойств мономеров. Поражение суставной ткани не ограничивается деструкцией хряща. Одновременно отмечается воспаление синовиальной оболочки, так как в результате повреждения матрикса хряща протеолитическими ферментами продукты его деградации в избытке поступают в синовиальную жидкость, вызывая воспалительную реакцию синовиальной мембраны, что, в свою очередь, приводит к синтезу цитокинов: интерлейкина-1, фактора некроза опухоли альфа и других.

Цель исследования

Оценить эффективность комплексного хондропротектора Протекты у больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями суставов и позвоночника идиопатического характера.

Показаниями к применению Протекты являются:

- профилактика дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов и позвоночника (в том числе остеохондроз);
- профилактика остеоартроза I-II степени;
- восполнение дефицита кальция и витамина D₃ в организме;
- комплекс реабилитационных мероприятий после травм суставов.

Материалы и методы

Нами проведено исследование на базе Киевского городского центра эндопротезирования крупных суставов и реабилитации по применению Протекты с учетом приведенных выше показаний у больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями суставов и позвоночника идиопатического характера.

В исследование были включены 72 больных, страдающих коксартрозом, гонартрозом и спондилоартрозом. Возраст пациентов составил 51-78 лет.

Все больные были разделены на 2 группы:

- Первая группа (36 пациентов) получала Протекту;
- Вторая группа (36 пациентов) получала глюкозамина сульфат в инъекциях.

Для объективной оценки влияния препарата на воспаление учитывали:

- наличие воспалительной реакции в суставе в динамике (определяли с помощью ультразвукового дуплексного исследования на аппарате Sonodiagnost-360 Philips, оценивали в баллах: 1 - незначительное, 2 - умеренное, 3 - значительное).

Измерения проводили на 21-й, 45-й дни с момента приема препаратов:

- степень болевого синдрома по 10-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ), боль при пальпации в баллах (0 - пальпация без боли, 1 - боль слабая, 2 - умеренная и 3 - сильная боль); ВАШ представляет собой линию длиной 10 см, где 0 - отсутствие боли, 2 см - слабая боль, 4 см - умеренная, 6 см - выраженная, 8 см - резко выраженная, 10 см - сильная боль; в исследование включали пациентов с болевыми ощущениями не менее 5 см по ВАШ. Ограничение повседневной двигательной активности оценивали по опроснику Роланда - Моррисона, который включает 18 вопросов, определяющих наличие нарушений жизнедеятельности в связи с болью в спине. Утвердительные ответы на 7 вопросов расценивали как изменение качества жизни, 8—12 положительных ответов — как выраженные нарушения жизнедеятельности, 13-18 - резко выраженные;
- субъективные ощущения пациентов «тугоподвижности» в суставах.

В 1-й группе пациентов отмечены такие результаты:

- уменьшение отека и воспалительной реакции в тканях на 21-й день у 25% пациентов и полное исчезновение воспалительной реакции на 45-е сутки - у 75% пациентов группы;
- снижение интенсивности болевого синдрома на 21-й день у 14% пациентов, полное отсутствие боли на 45-е сутки - у 77% пациентов;
- снижение тугоподвижности в суставах у 15% пациентов отмечено на 21-е сутки, у 65% - на 45-е сутки ее полное отсутствие.

Во 2-й группе пациентов отмечены следующие результаты:

- на 21-й день у 20% пациентов - уменьшение отека и воспалительной реакции в тканях, полное отсутствие боли на 45-е сутки - у 59% пациентов;
- снижение интенсивности болевого синдрома на 21-й день у 10% пациентов, полное отсутствие боли на 45-е сутки у 72% пациентов;
- снижение тугоподвижности в суставах у 11% пациентов отмечено на 21-е сутки, у 61% - на 45-е сутки ее полное отсутствие.

Все эти данные были подтверждены сонографическим дуплексным исследованием на наличие воспаления. В суставах выявлено уменьшение толщины синовиальной оболочки, уменьшение выпота, а также уменьшение отека хряща.

Результаты исследования и их обсуждение

По данным проведенного исследования при приеме Протекты в среднетерапевтической дозе хороший стойкий эффект достигается уже с 3-й недели.

Анализ результатов лечения болевых синдромов в клинических группах не выявил преимуществ использования инъекционных форм хондропротекторов в сравнении с пероральными, что связано с удобством применения Протекты, отсутствием рисков, характерных для инъекционного введения препаратов.

Использование хондропротектора Протекты приводит к достоверному снижению болевого синдрома, улучшению повседневной двигательной активности.

Комплекс Протекта по силе и скорости наступления эффекта не уступает инъекционным хондропротекторам.

Выводы:

1. Считаю, что Протекта может быть рекомендована для широкого использования в лечении пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями тазобедренного, коленного суставов и патологией позвоночника наравне с инъекционными хондропротекторами.
2. Новая схема лечения обеспечила более удобное купирование болевого синдрома и увеличение объема движений в пораженных суставах без необходимости стационарного лечения.
3. Каких-либо побочных реакций при применении Протекты не отмечено, при этом значительно регрессировали признаки крепитации и наблюдалось увеличение объема движений.
4. На основании полученных положительных результатов и достаточно хорошей переносимости Протекты считаем целесообразным более широкое применение Протекты и в других клиниках.

Литература:

1. Зеленый В.Н., Гримчак А.А. Комбинированное применение хондропротекторов при лечении остеоартроза у пожилых пациентов. Черниговский гериатрический пансионат.
2. Мироненко Т.В., Борисенко В.В. Применение инъекционной формы хондропротекторов при вертеброгенных болевых синдромах у пациентов с хроническими obstructивными заболеваниями легких и бронхиальной астмой. Луганский государственный медицинский университет.

3. Инструкция препарата Протекта.
4. Зупанец И.А. Патогенетическая терапия остеоартроза: взгляд клинического фармаколога.
5. Основные положения рекомендаций EULAR 2007 по ведению пациентов с остеоартрозом кисти.