

## Обоснование необходимости применения хондропротекторов в поликлинической практике у пациентов с посттравматическими остеоартрозами голеностопных суставов

А.М.Гребенюк, В.М.Оксимец, Д.А.Ивашутин, А.М.Волкова

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии  
Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького  
Донецк, Украина

Дана сравнительная оценка качества лечения больных с посттравматическим деформирующим остеоартрозом голеностопных суставов таблетированными хондропротекторами с применением базовой терапии. Сделан вывод об отсутствии достоверной разницы в эффективности лечения трехмесячным курсом с использованием препарата «Хондроксид», содержащего хондроитин сульфат, и комплексного таблетированного хондропротектора.

**Ключевые слова:** деформирующий остеоартроз, хондропротектор, хондроитин сульфат, болевой синдром.

### ВВЕДЕНИЕ

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 является самой распространенной болезнью и одной из основных причин преждевременной потери трудоспособности и инвалидности [1-3].

Причины остеоартроза многообразны. При этом выделяют различные факторы, имеющие значение в возникновении и прогрессирова-

нии заболевания: механические воздействия, биологические (генетические) особенности суставных структур, воспаление. Патологический процесс при остеоартрозе характеризуется в первую очередь деградацией хряща [7]. 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 [4, 5]. 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 [6, 14]. Под вышеупомянутым механическим воздействием чаще всего подразумевается наличие в анамнезе травмы либо самого сустава, либо повреждения участка костной структуры, составляющей сустав.

Лечение остеоартроза является одной из важных и решаемых проблем современной медицины. Основными препаратами для лечения остеоартроза являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), которые, однако, имеют немалое количество побочных эффектов и противопоказаний [8-10]. В последнее время широко распространено применение хондропротекторов в таблетированном, инъекционном и местном видах, благодаря которым возможно уменьшение доз и сроков приема небезопасных НПВП [15].

ТАБЛИЦА 1

Степень выраженности болевого синдрома  
до курса лечения

Группы	Болевой синдром		
	Незначительный	Умеренный	Выраженный
1	5	13	8
2	6	12	8

Механизм действия хондропротекторов связан со стимуляцией хондроцитов, снижением активности лизосомальных ферментов (металлопротеиназ), увеличением резистентности хондроцитов к воздействию провоспалительных цитокинов, активацией анаболических процессов в матриксе хряща и созданием предпосылок для формирования устойчивого хряща [11-13]. Хондроитин сульфат — вещество, которое в норме входит в состав суставного хряща и играет важную роль в поддержании необходимого осмотического давления, благодаря чему матрикс и нити коллагена растягиваются. При дегенеративно-дистрофическом процессе количество хондроитин сульфата резко уменьшается, что приводит к деградации хряща.

Хондроитин сульфат — вещество со среднемолекулярным строением, обладает противовоспалительной активностью, воздействуя в основном на клеточный компонент воспаления, стимулирует синтез гиалуроновой кислоты и протеогликанов и угнетает действие протеолитических ферментов. Одним из новых хондроитинсодержащих препаратов является «Хондроксид», в состав которого входят в качестве активного вещества: хондроитин сульфат — 0,25 г (сухого и 100%-го вещества) [14].

Целью исследования была сравнительная оценка качества лечения у больных с посттравматическим деформирующим остеоартрозом голеностопных суставов хондропротекторами с применением базовой терапии (НПВП коротким курсом).

ТАБЛИЦА 3

Степень выраженности болевого синдрома  
через 1 месяц после начала лечения

Группы	Болевой синдром			
	Нет	Незначительный	Умеренный	Выраженный
1	14	8	4	0
2	11	10	5	0

ТАБЛИЦА 2

Степень выраженности болевого синдрома  
через 10 дней после начала лечения

Группы	Болевой синдром			
	Нет	Незначительный	Умеренный	Выраженный
1	7	9	9	1
2	6	8	10	2

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследования были проведены у 52 больных с остеоартрозом голеностопных суставов. Средний возраст больных составил  $42,3 \pm 8,24$  года. Все больные получили в анамнезе перелом костей голени в результате ДТП не ранее чем за 2 года до данного исследования. У всех исследуемых больных сосудистых заболеваний нижних конечностей до момента травмы не отмечалось. Больные были разделены на две группы: в 1 группе больные принимали препарат «Хондроксид» в виде таблеток 2 раза в сутки, во 2 группе больные принимали препарат, содержащий хондроитин сульфат и гиалуроновую кислоту. Исследование длилось 3 месяца. В течение первых 7 дней больные обеих групп получали базовую терапию НПВП. Контроль проводился через 10 дней после начала исследования, через 1 месяц и через 3 месяца. Качество лечения оценивали с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Действие препарата считалось эффективным, если отмечалось снижение по ВАШ на 3 единицы.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Степень выраженности болевого синдрома на момент начала лечения представлена в табл. 1.

Через 10 дней был проведен первый контроль эффективности лечения, результаты которого отображены в табл. 2.

Анализируя данные, полученные после первого этапа исследования, можно говорить об

ТАБЛИЦА 4

Степень выраженности болевого синдрома  
по окончании исследования

Группы	Болевой синдром			
	Нет	Незначительный	Умеренный	Выраженный
1	16	9	1	0
2	16	10	2	0

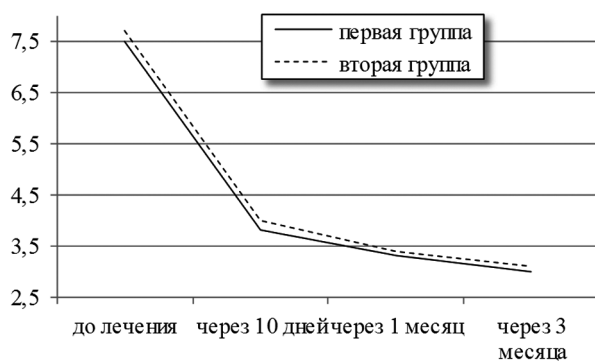


Рис. 1. Сравнительная оценка эффективности лечения больных в группах.

отсутствии различий в эффективности лечения у больных в обеих группах.

Через 1 месяц был проведен второй контроль эффективности лечения, результаты которого показаны в табл. 3.

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод о том, что достоверной разницы в эффективности лечения у больных не отмечается. Однако во 2 группе 5 больных жаловались на возникновение умеренно выраженного отека (лимфостаза) нижних конечностей.

После 3 месяцев лечения пациентам был проведен очередной контрольный осмотр, результаты которого отображены в табл. 4.

На основании полученных данных можно говорить о том, что эффективность лечения больных высокая, но заметных различий по группам не отмечается (рис. 1). При этом в контрольной группе 6 больных отмечали умеренно выраженный отек голени, который купировался дополнительным приемом препаратов цикло-3 форте или детралекс.

## ВЫВОДЫ

1. «Хондроксид» в дозе 500 мг в сутки при длительном применении обладает высокой эффективностью и в 100% случаев хорошей переносимостью у пациентов с деформирующими остеоартрозами голеностопных суставов.

2. «Хондроксид» в дозе 500 мг в сутки достоверно уменьшает болевой синдром уже на третьей неделе приема препарата (на фоне приема базовой терапии в течение первых 10 дней).

3. Не отмечается достоверной разницы в эффективности применения препарата «Хондроксид» и комплексного препарата, содержащего хондроитин сульфат и гиалуроновую кислоту с курсом лечения в течение 3 месяцев.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Белова А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Антидор, 2002. — 736 с.
2. Богачева Л.А., Снеткова Е.П. Боль в спине: клиника, патогенез, принципы ведения (опыт работы амбулаторного отделения боли в спине) // Боль. — 2005. — №4. — С. 26-30.
3. Вейн А.М. и др. Болевые синдромы в неврологической практике. — М.: Медпресс, 2006. — 372 с.
4. Веселовский В.П., Попелянский А.Я., Саховский П.И., Хабриев Р.У. Реабилитация больных с вертеброгенными заболеваниями нервной системы: Уч. пособие для врачей-курсантов. — Л.: Казан. ИУВЛ, 1982. — 48 с.
5. Левин О.С. Диагностика и лечение неврологических проявлений остеохондроза позвоночника // Consilium medicum. — 2004. — Т.6. — №8.
6. Подчуфарова Е.В. Хронические боли в спине: патогенез, диагностика, лечение // Русский медицинский журнал. — 2003. — Т.11. — №25. — С. 1395-1401.
7. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н., Алексеев В.В. и др. Хронические болевые синдромы пояснично-крестцовой локализации: значение структурных скелетно-мышечных расстройств и психологических факторов // Боль. — 2003. — №1. — С. 34-38.
8. Алексеева Л.И., Архангельская Г.С., Давыдова А.Ф. и соавт. Отдаленные результаты применения Структума (по материалам многоцентрового исследования) // Терапевтический архив. — 2003. — №75. — С. 82-86.
9. Чичасова Н.В. Место медленнодействующих препаратов в рациональной терапии деформирующего остеоартроза // Consilium medicum. — 2005. — Т.7, №8. — С. 634-638.
10. Насонов Е.Л. Современные направления фармакотерапии остеоартроза // Consilium medicum. — 2001. — Т.3. — №9.
11. Горячев Д.В. Место препаратов хондроитина сульфата («Хондроксид» и др.) в арсенале средств для лечения остеоартроза // Русский медицинский журнал. — 2008. — Т.16, №10. — С. 693-698.
12. Чичасова Н.В. Локальное применение анальгетических средств при заболеваниях суставов и позвоночника // Consilium medicum. — 2001. — Т.3, №5. — С. 215-217.
13. Магомедов А.М., Герасименко С.И., Гужевский О.А., Козак Н.П. Влияние мази «Хондроксид®» на обмен основных компонентов органической основы хрящевой ткани у больных остеоартрозом III стадии // Вісник ортопедії, травматології та протезування. — 2008. — №3. — С. 58-59.
14. Алексеева Л.И., Кашеварова Н.Г. Применение локальных средств в лечении остеоартроза // Русский медицинский журнал. Ревматология. — 2005. — Т.16, №24. — С. 1622-1626.
15. Белова К.Ю., Ершова О.Б., Назарова А.В. Применение препаратов хондроитина в лечении остеоартроза: фокус на «Хондроксид®» // Русский медицинский журнал. Ревматология. — 2007. — Т.17, №3. — С. 186-190.

**А.М.Гребенюк, В.М.Оксимець, Д.А.Івашутін, А.М.Волкова. Обґрунтування необхідності застосування хондропротекторів у поліклінічній практиці у пацієнтів з посттравматичним остеоартрозом гомілкового суглобу. Донецьк, Україна.**

**Ключові слова:** деформуючий остеоартроз, хондропротектор, хондроїтин сульфат, больовий синдром.

Надана порівняльна оцінка якості лікування хворих з посттравматичним деформуючим остеоартрозом гомілкових суглобів таблетованими хондропротекторами із застосуванням базової терапії. Зроблено висновок про відсутність достовірної різниці в ефективності лікування тримісячним курсом з використанням препарату «Хондроксид», що містить хондроїтин сульфат, і комплексного таблетованого хондропротектору.

**A.M.Grebenyuk, V.M.Oksimets, D.A.Ivashutin, A.M.Volkova. Rationale for the use chondroprotector in patients with post-traumatic osteoarthritis ankle. Donetsk, Ukraine.**

**Key words:** deforming osteoarthritis, chondroprotector, chondroitin sulfate, pain.

A comparative assessment of the quality of treatment of patients with post-traumatic osteoarthritis deformans ankles with oral chondroprotective using basic therapy. Concluded that there was no significant difference in the effectiveness of a three-month course of treatment with the drug «Hondroksid» pills containing chondroitin sulfate and integrated chondroprotective pods.

Надійшла до редакції 21.08.2012 р.