ХОНДРОПРОТЕКТОРЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЛЮМБАЛГИЙ

*Акилов Д.Х., Мирджураев Э.М.

Ташкентский Институт Усовершенствования Врачей, Ташкент, Узбекистан

В статье представлено исследование эффективности терапии двух групп пациентов (основная группа — 20 больных, группа сравнения — 20 больных) с острым болевым синдромом в пояснично-крестцовой области, в области ягодич. Пациентам обеих групп был проведен двухнедельный курс комплексной терапии. В основной группе дополнительно был назначен препарат Драстоп в стандартной дозировке. Результаты исследования показали, что при использовании комплексного подхода к лечению, а именно назначением хондропротекторов (Драстоп), повышается эффективность и сокращается продолжительность лечения люмбалгий.

Ключевые слова: вертеброгенные дорсопатии, люмбалгии, хондропротекторы.

Боль в нижней части спины (БНЧС) или люмбалгия – клинический синдром, проявляющийся дискомфортом, болевыми ощущениями, мышечным напряжением и ригидностью, локализующимися в области между нижними краями 12 ребер и нижними ягодичными складками с иррадиацией в ногу или без нее [1,3,4]. Он является второй наиболее частой (после респираторных симптомов) причиной обращения к врачу в развитых странах [4,6,7]. По данным разных авторов от 70 до 90% людей сталкиваются с БНЧС хоть раз в своей жизни. Часто она проходит самостоятельно, 90% больных выздоравливают в течение 6 недель, но в 7-10% случаев боль становится хронической [2,8-10]. Острой БНЧС называется тогда, когда эпизод длится менее 6 недель, подострой – от 6 до 12 недель и хронической - более 12 недель [4-6]. Вертеброгенная люмбалгия встречается у 70–90% взрослой популяции и является одной из наиболее частых причин временной утраты трудоспособности [1,2]. Проблема терапии и реабилитации пациентов с люмбалгиями, вследствие своей широкой распространенности, является исключительно актуальной. Так, по данным эпидемиологических исследований, среди причин обращения к врачам боль в спине находится на втором месте по частоте после респираторных заболеваний и на третьем – среди причин госпитализации. Причем среди всех пациентов 75% составляют лица трудоспособного возраста (от 30 до 59 лет). Одной из наиболее частой причиной болей в спине является остеохондроз позвоночника – дегенеративно-дистрофическое заболевание, затрагивающее межпозвоночный диск, тела, мелкие суставы, мышцы и связки позвонков

[4,6,7]. Он может протекать длительное время бессимптомно, но может и осложняться компрессионными синдромами в виде радикулопатии или рефлекторными мышечно-тоническими и рефлекторнодистрофическими синдромами. Непосредственным источником микротравматизации корешков при остеохондрозе позвоночника могут быть: грыжи дисков, артрозы в межпозвоночных суставах и унковертебральных сочленениях (на шейном уровне), гипертрофия задней продольной связки, остеофиты [6–8]. Патологические проявления обусловлены нарушением обмена веществ в хрящевой ткани. Разрушение хрящевой ткани ассоциировано с деполимеризацией и уменьшением содержания протеогликанов, которые являются ее главными структурными компонентами [9,10]. При хроническом болевом синдроме в лечении пациентов на первый план выступают те методы восстановительного лечения, которые направлены на предупреждение обострений заболевания и замедление прогрессирования дегенеративно-дистрофического процесса в позвоночнике. С нашей точки зрения, это два направления в терапии: с одной стороны – это биомеханическая коррекция позвоночника, мануальная терапия, акупунктура и лечебная физкультура, позволяющие сформировать адекватный мышечный корсет и нормализовать двигательный стереотип пациента [4]; с другой стороны – это хондропротекторы, которые в последние годы, с учетом общности патогенетических механизмов дегенерации межпозвоночного диска, хряща межпозвоночных и периферических суставов, стали включать в базисную терапию хронической боли в спине [11].

Хондроитина сульфат – основной компонент

*e-mail: akilov.dj@gmail.com

протеогликанов, составляющих вместе с коллагеновыми волокнами хрящевой матрикс. Он обладает следующими хондропротекторными свойствами: подавляет активность ферментов, вызывающих деградацию суставного хряща, стимулирует выработку хондроцитами протеогликанов, усиливает метаболические процессы в хряще и субхондральной кости, оказывает влияние на фосфорно-кальциевый обмен в хрящевой ткани, стимулирует ее регенерацию, участвует в построении основного вещества костной и хрящевой ткани. Хондроитина сульфат – также обладает противовоспалительными и анальгезирующими свойствами. Препарат способствует восстановлению хрящевых поверхностей суставов, препятствует коллапсу соединительной ткани, нормализует продукцию суставной жидкости, что ведет к улучше-

нию подвижности суставов, уменьшению интенсивности болей. Хондроитин сульфат легко всасывается при внутримышечном введении. Максимальная концентрация достигается через 1 час после введения. Препарат накапливается в синовиальной жидкости. Выводится из организма в основном почками в течение 24 часов.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности препарата Драстоп (хондроитина сульфат) в комплексной терапии люмбалгий.

Материалы и методы исследования. В исследовании принимали участие 20 пациентов с острым болевым синдромом и контрольная группа 20 пациентов, сопоставимые по возрасту, полу и клиническим показателям, находившиеся на амбулаторном лечении. Средний возраст в 2-х группах составил $54,5 \pm 2,22$ лет. Клиническая

Таблица 1

Клиническая характеристика больных с люмбалгией

Показатель		I группа (n=20): Стандартная терапия+Драстоп	II группа (n=20): Стандартная терапия
Пол	<i>женщины</i>	14	10
	<i>мужчины</i>	6	10
Средний возраст		$55,8 \pm 2,29$	$52,9 \pm 2,15$
ИМТ, кг/м ²		$30,75 \pm 1,3$	$29,2 \pm 2,1$
Артериальная гипертензия		6 (30%)	5 (25%)
ХСН 2-3 ФК по NYHA		3	0
Общий холестерин крови, ммоль/л		$6,7 \pm 1,1$	$8,2 \pm 1,8$

Примечание: ИМТ – индекс массы тела, ХСН – хроническая сердечная недостаточность, ФК – функциональный класс, NYHA – New-York Heart Association

характеристика больных представлена в таб. 1.

Критериями включения в исследование было наличие острого болевого синдрома с локализацией в поясничной области позвоночника, возникшего не позднее 10 дней назад. Больным был проведен стандартный общеклинический и неврологический осмотр. Пациентам обеих групп был проведен курс базисного лечения с применением нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), миорелаксантов, витаминов группы Б, физиотерапевтических процедур и лечебной физкультуры. В основной группе дополнительно был назначен препарат Драстоп, в стандартной дозировке, вначале по 1 мл (100 мг) внутримышечно через день и начиная с 4-го

дня терапии по 2 мл (200 мг) внутримышечно каждый день в течении 10 дней. Контроль эффективности терапии осуществлялся на основании анализа динамики неврологического статуса, а также выраженности болевого синдрома по показателям 10-балльной визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) (умеренная – до 5, сильная – до 7, очень сильная – до 10 баллов) в покое и при движении. Обследование проводилось в первый, третий, седьмой и четырнадцатый день лечения

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование завершили все пациенты в основной и контрольной группах.

Показатели лабораторных исследований (общий анализ крови, общий анализ мочи, неко-

торые биохимические показатели крови) не выявили патологических изменений во время и после лечения.

Все пациенты хорошо переносили лечение, побочных явлений, требующих отмены препарата, не было выявлено. Все больные закончили исследование в запланированном режиме. В целом у пациентов обеих групп под влиянием терапии отмечалась положительная динамика в виде уменьшения болей и скованности движений, но выраженность болевого синдрома у

пациентов основной группы оказывалась достоверно ниже на всех этапах анализа (3, 7, 14-й день). Можно говорить о большей анальгетической эффективности сочетания НПВС в сочетании с хондроитина сульфатом. Кроме того, у пациентов первой группы наблюдалось уменьшение ограничения повседневной активности уже к седьмому дню лечения. Так, на 7-й день терапии повседневную активность из-за боли в спине ограничивали 44,5% пациентов, на 15-й день лечения – 15% больных, тогда как во вто-

Рис. 1. Динамика показателей интенсивности боли по шкале ВАШ

рой группе соответственно 55,5% и 28,5%.

Анализ состояния пациентов через 14 дней после начала лечения показал, что все больные первой группы не были ограничены в повседневной активности и жаловались на незначительную боль, что позволило отменить прием НПВС. Пациенты же второй группы имели болевой синдром, который они оценивали как незначительный, но все же ограничивающий повседневную активность. Как видно из представленных данных (Рис. 1.), присоединение комбинированного хондропротективного препарата к НПВС приводило к повышению эффективности терапии, выражавшемуся в усилении

анальгетического эффекта, ускорении купирования болевого синдрома, а также в улучшении функциональной активности и повседневной деятельности. Таким образом, применение препарата Драстоп показало свою эффективность в комплексной восстановительной терапии люмбагий. Причем, на этапе актуального болевого синдрома сочетание НПВС с хондропротекторами усиливало анальгетический эффект последних и, соответственно, общий клинический эффект. На этапе восстановления двигательного паттерна препарат Драстоп способствовал улучшению повседневной двигательной активности. Данное наблюдение показало, что применение

хондропротектора Драстоп повышает эффективность восстановительной терапии, особенно это касалось увеличения объема и свободы движений в позвоночнике и конечностях и ускорения терапии в целом.

Выводы

1. Использование препарата Драстоп по схеме в комплексной восстановительной терапии вертеброгенных рефлекторных болевых синдромов повышает её эффективность и уменьшает сроки лечения.

2. Повышение эффективности комплексной терапии с включением препарата Драстоп связано с усилением ускорением анальгетического эффекта.

3. Отмечено положительное влияние хондропротектора Драстоп на увеличение объема движений в позвоночнике и конечностях и повышение повседневной активности

4. Препарат Драстоп может быть рекомендован в комплексной восстановительной терапии рефлекторных болевых синдромов в невроло-

ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES – ƏDƏBİYYAT

гии.

1. Богачева Л.А. Боль в спине: клиника, патогенез, принципы ведения (опыт работы амбулаторного отделения боли в спине) / Л.А. Богачева, Е.П. Снеткова // Боль. — 2005. — № 4. — С. 26-30.
2. Breivik H. Assessment of pain / H. Breivik, P.C. Borchgrevink, S.M. Allen et al. // British Journal of Anesthesia. — 2008. — 101 (1). — P. 17-24.
3. Міщенко Т.С. Сучасна діагностика і лікування у неврології та психіатрії / За ред. Т.С. Міщенко, В.С. Підкоритова. — К.:ДокторМедіа, 2008. — 624 с.
4. Веселовский В.П. Реабилитация больных с вертеброгенными заболеваниями нервной системы: Учеб. пособие для врачейкурсантов // В.П. Веселовский, А.Я. Попелянский, П.И. Саховский, Р.У. Хабиров. — Л.: ИУВЛ, 1982. — 48 с.
5. Воробьева О.В. Сравнительная эффективность центральных миорелаксантов баклофена и толперизона в комплексной терапии болей в спине / О.В. Воробьева, И.М. Козлова // Воен.-мед. журн. — 2006. — № 327 (9). — С. 52-55.

6. Никифоров А.С. Остеохондроз и спондилоартроз позвоночника как проявление единого дегенеративного процесса. Современные подходы к лечению / А.С. Никифоров, О.И. Мендель // Русский медицинский журнал. — 2006. — Т. 14, № 23 (275).
7. Попелянский Я.Ю. Боли в шее, спине, конечностях / Я.Ю. Попелянский, Д.Р. Штульман // Болезни нервной системы: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2003.
8. Алексеев В.В. Диагностика и лечение болей в пояснице / В.В. Алексеев // Consilium medicum. — 2002. — Т. 2, № 2. — С. 96-102.
9. Французова Н.Н. Новые возможности в ведении больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата / Н.Н. Французова, Т.И. Николаевская // Новости медицины и фармации. — 2007. — № 11 (215).
10. Подчуфарова Е.В. Боли в спине и конечностях // Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под ред. Н.Н. Яхно. — М.: Медицина, 2005. — Т. 2. — С. 306-331.
11. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология) / Я.Ю. Попелянский. — М.: Медпресс-

информ, 2008. — 672 с.

XÜLASƏ

XONDROPROTEKTORLAR LYUMBALGIYALARIN KOMPLEKS TERAPIYASINDA

Akilov D.X., Mircurayev E.M.

Daşkənd Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Daşkənd, Özbəkistan

Məqalədə bel-oma və sağrı nahiyəsində kəskin ağrı sindromu ilə iki qrup pasiyentlərdə (əsas qrup – 20 xəstə, müqayisə qrupu – 20 xəstə) müalicənin effektivliyinin nəticələri göstərilmişdir. Hər iki qrupdakı pasiyentlərə iki həftəlik kompleks müalicə kursu aparılmışdır. Əsas qrupda əlavə olaraq, standart dozada Drastop preparatı istifadə edilmişdir. Tədqiqatın nəticələri göstərdi ki, müalicəyə kompleks yanaşma zamanı, xüsusilə də xondroprotektorların (Drastop) təyini ilə effektivlik artır və lyumbalgiyaların müalicəsinin müddəti azalır.

Açar sözlər: vertebrogen dorsopatiyalar, lyumbalgiyalar, xondroprotektorlar.

SUMMARY

CHONDROPROTECTORS IN COMPLEX THERAPY OF LUMBALGIAS

Akilov D.Kh., Mirdjuraev E.M.

Tashkent Institute of postgraduate medical education, Tashkent, Uzbekistan

The article presents the study of the efficacy of therapy in two groups of patients (the main group – 20 patients, the comparison group – 20 patients) with acute pain syndrome in the lumbosacral region, in the buttock area. Patients of both groups received a two-week course of complex therapy. In the main group, chondro-protector Drastop was additionally administered in a standard dosage. The results of the study showed that with the use of an integrated approach to treatment, namely the appointment of chondroprotectors (Drastop), the efficacy is increased and the duration of lumbalgia treatment is shortened.

Keywords: vertebrogenic dorsopathies, lumbalgia, chondroprotectors.

Redaksiyaya daxil olub: 14.06.2018

Çapa tövsiyə olunub: 09.07.2018

Rəyçi: dos. Sadıxova Z.M.