

# ЛЕЧЕНИЕ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНО- ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ И ПОЗВОНОЧНИКА

*Бейлина Наталья Ильинична*

*канд. мед. наук, ассистент кафедры терапии и семейной медицины Казанской государственной медицинской академии, врач-терапевт Городской поликлиник № 6, РФ, Республика Татарстан г. Казань*

*E-mail: [nataliabeylina@mail.ru](mailto:nataliabeylina@mail.ru)*

*Газизов Рустем Миргалимович*

*канд. мед. наук, доцент кафедры терапии и семейной медицины Казанской государственной медицинской академии, РФ, Республика Татарстан г. Казань*

*E-mail: [rugazizov@yandex.ru](mailto:rugazizov@yandex.ru)*

## TREATMENT AS AN OUTPATIENT CONDITIONS OF PAIN SYNDROME PATIENTS WITH DEGENERATIVE DISEASES OF JOINTS AND SPINE.

*Natalia Beylina*

*candidate of Medical Sciences, Therapy and Family Medicine Department, assistant of Kazan State Medical Academy, Russia Republic of Tatarstan, Kazan*

*Rustem Gazizov*

*candidate of Medical Sciences, Therapy and Family Medicine Department, assistant professor of Kazan State Medical Academy, Russia Republic of Tatarstan, Kazan*

### АННОТАЦИЯ

Проводилось изучение качества жизни, выраженности боли у пациентов с заболеваниями суставов и позвоночника при лечении Артрадолем.

### ABSTRACT

Conducted a study of quality of life, severity of pain in patients with diseases of the joints and spine in the treatment artradol.

**Ключевые слова:** Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов и позвоночника; качество жизни; болевой синдром; лечение.

**Keywords:** Degenerative diseases of the spine and joints; quality of life; pain; treatment.

**Введение.**

Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов и позвоночника являются частым поводом для обращения к терапевту поликлиники, что связано с тенденцией к постарению населения, распространенностью ожирения и малоподвижного образа жизни [3, с. 54; 4, с. 104; 7, с. 63]. Данная патология костно-мышечной системы ухудшает качество жизни пациентов, становится причиной ограничения трудоспособности.

На современном этапе в комплексной терапии дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов и позвоночника используются препараты хондроитина сульфата с предположительно структурно-модифицирующим действием на хрящ (препараты, так называемого, замедленного действия — SYSADOA), а также признанные Европейской антиревматической лигой (EULAR) одними из самых безопасных лекарственных средств для терапии остеоартрозов [1, с. 998; 2, с. 1134; 4, с. 104; 5, с. 148; 8, с. 992; 9, с. 159; 10, с. 484]. При ведении врачами терапевтами и врачами общей практики пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями суставов и позвоночника большое значение имеет купирование болевого синдрома, что может привести к восстановлению трудоспособности, улучшению качества жизни пациентов.

#### **Цель исследования:**

изучение выраженности болевого синдрома, качества жизни пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями суставов и позвоночника на фоне лечения хондроитином сульфатом (Артрадол).

**Материалы и методы.** 44 амбулаторных больных, из них женщин 19 человек, средний возраст  $59,4 \pm 3,7$  лет. Пациентам проведено исследование: общий анализ крови с лейкоформулой, общий анализ мочи, биохимическое исследование (СРБ, СК, АСЛО, РФ), тестирование на хламидии и уреоплазмы (пациентам с суставным синдромом нижних конечностей). Диагноз установлен по жалобам, данным клинико-лабораторного обследования, верифицирован рентгенологически. Дегенеративно-дистрофические заболевания поясничного отдела позвоночника выявлены у 20 больных, остеоартроз коленного сустава —

у 12 человек, остеоартроз тазобедренного сустава — у 9 человек, ревматоидный полиартрит — у 3 человек. Болевой синдром оценивался по Визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в мм в начале болезни (до лечения) и через шесть недель лечения. Качество жизни изучалось при помощи опросника SF-36 при первом обращении пациента (до начала лечения) и через шесть недель лечения. Пациентам с первого дня в комплексной терапии назначался хондроитин сульфатат (Артрадол) 100 мг внутримышечно через день, курсом 20 инъекций. Из-за выраженного болевого синдрома 8 пациентам (в том числе 5 мужчинам) был дополнительно к хондроитину сульфату назначен мелоксикам 15 мг внутримышечно на 3 дня. Получали физиолечение 41 человек — диадинамические токи № 5.

Статистическая обработка результатов проведена с помощью компьютерной программы «Statistica v.6.0». с использованием критерия Стьюдента. Статистически значимыми считали различия, если  $p < 0,05$ .

**Результаты.** На первом визите пациенты оценили состояние своего здоровья как посредственное в 69 % и плохое — в 31 % случаев. Ими было указано на значительное ограничение физической активности: при умеренных физических нагрузках — 83 %, подъеме пешком по лестнице на один пролет — 51 %, попытке пройти расстояние в один квартал — 74 %, наклонах, попытке встать на колени, присесть на корточки — 66 %, самостоятельно вымыться, одеться — 67 %. Физическое состояние пациентов вызывало затруднения в их работе или другой обычной повседневной деятельности — в 75 % случаев. Испытываемую физическую боль пациенты оценили, как умеренную — 73 %, сильную — 26 %, очень сильную — 1 % (по ВАШ в среднем  $79 \pm 11$  мм). Боль в течение последних 4 недель мешала пациентам заниматься работой, включая работу вне дома и по дому умеренно — 69 %, сильно — 29 %, очень сильно — 2 %. Снижение эмоционального тонуса, настроения признали у себя — 87 %.

После проведенного лечения состояние своего здоровья как хорошее оценили 60 % пациентов, посредственное — 31 % и плохое — 9 %. Ограничение физической активности: при умеренных физических нагрузках —

40 %, подъеме пешком по лестнице на один пролет — 31 %, попытке пройти расстояние в один квартал — 54 %, наклонах, попытке встать на колени, присесть на корточки — 54 %, самостоятельно вымыться, одеться — 32 %. Физическое состояние пациентов вызывало затруднения в их работе или другой обычной повседневной деятельности — в 5 % случаев. Сохраняющуюся физическую боль пациенты оценили, как умеренную — 53 %, сильную — 9 %, не испытывали боль 38 % (по ВАШ в среднем  $28 \pm 8$  мм —  $p > 0,05$ ). Боль в течение последних 4 недель мешала пациентам заниматься работой, включая работу вне дома и по дому умеренно — 40 %, сильно — 18 %, очень сильно — 1 %. Снижение эмоционального тонуса, настроения признали у себя — 40 %.

На фоне проводимого лечения отмечалось улучшение самочувствия у большинства пациентов (91 %), связанное с уменьшением болевого синдрома, увеличение объема движений в пораженном суставе.

#### **Вывод.**

Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов и позвоночника приводят к снижению показателей общего здоровья, страдает физическая компонента качества жизни (шкалы физического, ролевого физического функционирования, боли). Проведенное лечение хондроитином сульфатом (Артрадол) приводит к улучшению качества жизни за счет уменьшения болевого синдрома, увеличения физической активности и ролевого функционирования.

#### **Список литературы:**

1. Алексеева Л.И. Медикаментозное лечение остеоартроза. РМЖ — 2002; — № 22 — С. 996—1002.
2. Алексеева Л.И., Зайцева Е.М. Субхондральная кость при остеоартрозе: новые возможности терапии // РМЖ — 2004. — № 20. — С. 1133-36.
3. Зайцева Е.М., Алексеева Л.И., Смирнов А.В. Причины боли при остеоартрозе и факторы прогрессирования заболевания (обзор литературы) // Научно-практическая ревматология — 2011. — № 1. — С. 50-7.

4. Клинические рекомендации. Ревматология/Под ред. Е.Л. Насонова. М., 2008 — 288 с.
5. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний: Рук. для практикующих врачей. Под общ. ред. В.А. Насоновой, Е.Л. Насонова. М.: Литтерра, 2003. — 507 с. — (Рациональная фармакотерапия: Сер. рук. для практикующих врачей; Т. 3).
6. Руководство по исследованию качества жизни в медицине.2-е издание/Под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп»,2007. — 320 с.
7. Holmberg S, Thelin A, Thelin N. Knee osteoarthritis and body mass index: a populationbased case-control study. Scand J Rheumatol 2005; 34(1):59—64.
8. Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, part I: critical appraisal of existing treatment guidelines and systematic review of current research evidence. Osteoarthritis Cartilage 2007; 15(9):981—1000.
9. Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. Osteoarthritis Cartilage 2008; 16(2):137—62.
10. Zhang W, Doherty M, Peat G, et al. EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of knee osteoarthritis. Ann Rheum Dis 2010; 69(3):483—89.