

ID: 2015-03-23-A-5275

Оригинальная статья

Музалевская Д.С., Коротков А.Г., Стекляникова Э.Ю.

Опыт применения Хондроитин сульфата при спондилоартрозе у пожилых людей*Дорожная клиническая больница ОАО «РЖД», г. Саратов***Ключевые слова:** хондроитин сульфат, спондилоартроз

Боль в спине может быть вертеброгенной (дегенеративно-дистрофические изменения: остеохондроз, спондилоартроз, травма, остеопороз, первичные и метастатические опухоли, спондилит, ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилоартрит) и неverteброгенной природы (мышечно-скелетные, невропатические, васкулярные, висцерогенные и психогенные боли).[1].

Одной из основных причин болей в спине является дегенеративное поражение фасеточных (дугоотросчатых) суставов, сопровождающееся растяжением и ущемлением их капсулы, дистрофией и последующей оссификацией связочного аппарата позвоночника. Боль возникающая в результате поражения фасеточных суставов чаще носит локальный (ноцицептивный) характер, реже – миофасциальный, корешковый.

В настоящее время проводится большое количество исследований, связанных с хронической болью в спине, так в одном и них показано, что 40% имеют фасеточный болевой синдром, 26% – дискогенную боль, 2% – боль, связанную с сакроилиальным сочленением, 13% – за счет раздражения сегментарных дуральных нервов. [4]

Лечение больных с хронической болью в спине, обусловленный фасеточным синдромом, требует комплексного подхода к лечению и назначения различных фармакологических групп препаратов.

Подход к лечению боли у пожилых требует одновременного учета многих факторов. Важным принципом является сочетание фармакологической и нефармакологической терапии (кинезотерапия, физиотерпия, массаж) и рациональная психотерапия.

На наш взгляд, одним из наиболее оптимальных методов лечения обострения хронической боли в спине пожилых является применение НПВП в комбинации с хондропротекторами (хондроитин сульфат).

Хондроитина сульфат – основной компонент протеогликанов, составляющих вместе с коллагеновыми волокнами хрящевой матрикс. Обладает 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 - обладает противовоспалительными и анальгезирующими свойствами. Препарат способствует восстановлению хрящевых поверхностей суставов, препятствует коллапсу соединительной ткани; нормализует продукцию суставной жидкости, что ведет к улучшению 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.

По наблюдением находилось 2 группы пациентов с диагнозом: Хроническая вертеброгенная торакалгия, стадия обострения. Миофасциальный синдром. Спондилоартроз, остеохондроз грудного отдела позвоночника.

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность применения Хондроитин сульфата (ХС) в ступенчатой терапии вертеброгенной торакалгии у больных пожилого возраста со спондилоартрозом.

1-ая группа (10 пациентов) получала Хондроитин сульфат по 2 мл (200мг), паравертебрально внутримышечно, с разделением на 6 точек и введением в триггерные точки, через день в течение 10 дней, в сочетании с НПВП (Лорноксикам) внутримышечное/ внутривенное введение и физиотерапевтическим лечением.

2-ая группа (10 пациентов) получала только НПВП (Лорноксикам), внутримышечное/ внутривенное введение, в сочетании с физиотерапевтическим лечением.

Всем пациентам проводились рентгенологические исследования, с целью выявления дегенеративно-дистрофических изменений (остеохондроз, спондилоартроз, спондилез) позвоночника (компьютерной томографии - 3, магнитно-резонансной томографии — 7). Интенсивность болевого синдрома оценивалась по Визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и составляла в 1 и 2 группе 5,4 и 5,3 баллов соответственно.

В первой группе на 4-5 день пациенты отметили значительное уменьшение боли, увеличение амплитуды движений в грудном и поясничном отделах позвоночника, уменьшение утренней скованности, снижение болевого синдрома по шкале ВАШ на 1 - 2 балла. На 10 день болевой синдром редуцировался, сохранялась утренняя скованность, ограничение подвижности в грудном отделе позвоночника. Во второй группе только на 9-10 день пациенты отметили уменьшение болевого синдрома, по шкале ВАШ на 3-4 балла, уменьшение утренней скованности, увеличение амплитуды движений. Полной редукции боли во второй группе не отмечалось.

Нежелательных эффектов при введении ХС не было. Переносимость препарата удовлетворительная. После курса стационарного лечения больные 1 группы амбулаторно получали ХС внутримышечно 10 дней через день, в суточной дозировке 2мл (200мг), с последующим переходом на таблетированную форму препарата на 6 месяцев. Больные 2 группы после выписки из стационара получали пероральную фору ХС в течение 6 месяцев.

Катамнез через 3 месяца: в 1 группе отмечается положительная динамика в виде снижения болевого синдрома по шкале ВАШ до 1,5 баллов, значительного увеличения двигательной активности. Во 2 группе отмечается положительная динамика в виде снижения болевого синдрома по шкале ВАШ до 2,3 баллов, уменьшение утренней скованности в грудном отделе позвоночника.

Таким образом, комплексное лечение фасеточного синдром в грудном отделе позвоночника с использованием паравертебрального внутримышечного введения ХС в комбинации НПВП приводит к более быстрому уменьшению болевого синдрома, укорачиванию срока пребывания больного в стационаре и восстановлению повседневной активности.

Литература

1. Штульман Д.Р., Левин О.С. Нервные болезни М.: Медицина 2000; 464 с.
2. Ульрих Э.В., Мукшин. А.Ю. Вертебрология в терминах, цифрах, рисунках. СПб: ЭЛБИ, 2004; 187 с.
3. Шостак Н.А., Правдюк Н.Г., Егорова В.А. Боль в спине у пожилых – подходы к диагностике и лечению. *Клиницист* 2011; (3): 72-77.
4. Manchikanti L., Singh V., Pampati V., et al. Evaluation of the relative contributions of various structures in chronic low back pain. *Pain Physician* 2001; 4: 308–316.