Пробл. туберкул. – 2002. -№ 7. – С.30 -31.

3. Перецманас Е.О. Причины появления инвалидизирующих форм туберкулезного спондилита// Пробл. туберкул. – 2002. – № 8. – С.6-7.

4. Соколов Н.И., Евлашкин Д.В., Каржавина Г.И. О проблемах диагностики и хирургического лечения в костно-туберкулезном стационаре// Пробл. туберкул. и болезн. легких. – 2006. – № 7. – С.37- 41.

Поступила 03.06.08.

APPROACHES TO IMPROVE THE TREATMENT OF TUBERCULOUS SPONDYLITIS

K.M. Ziyatdinov

Summary

Studied were the reasons for late diagnosis and the typical medical errors in 270 patients with tuberculous spondylitis. Developed and tested was a method for early detection of tuberculous spondylitis, based on organizational and managerial preventive measures and methods of comparative analysis. As a result the detection of bone and joint tuberculosis has increased by 1,5 times, while the number of patients in need of costly surgical treatment, decreased by 66%.

Key words: tuberculous spondylitis, early diagnosis.

УДК 616.711-002.27-08

ДВУХЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ХОНДРОЛОНА ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА

Татьяна Викторовна Чернышева, Генриетта Георгиевна Багирова

Кафедра общей врачебной практики (зав. – докт. мед. наук Г.Г. Багирова) Оренбургской государственной медицинской академии

Реферат

Изучены противовоспалительный, аналгетический и хондропротективный эффекты препарата «Хондролон» при длительном курсовом лечении клинически значимого остеохондроза поясничного отдела позвоночника. Через 2 года у больных уменьшилось количество и размеры протрузий диска при обострении, не диагностировались грыжи диска, снизилась степень деструкции фиброзного кольца на верхних уровнях поясничного отдела позвоночника, улучшилось качество жизни. Эти изменения были более выражены у лиц до 42 лет с небольшой или умеренной степенью фрагментации хряща. Отмечалось снижение частоты и продолжительности обострений остеохондроза.

Ключевые слова: хондролон, остеохондроз позвоночника, хроническая боль в спине.

Распространенность боли в нижней части спины (БНС) варьирует от 40 до 80% в различных группах населения, а ежегодная заболеваемость составляет 5% [5, 6]. В большинстве случаев, в том числе у лиц молодого и среднего возраста, причиной этого состояния является остеохондроз позвоночника. Высокая частота обострений с длительной утратой трудоспособности при этом заболевании обусловливает социально-экономическое значение этой проблемы. Несмотря на то что БНС отнесена к числу приоритетных направлений, рекомендованных ВОЗ к детальному изучению в рамках «Декады костей и суставов 2000-2010», многие вопросы диагностики и лечения БНС до сих пор не решены. Разработка методов консервативной терапии и медикаментозной реабилитации больных с БНС перспективна и актуальна [6, 14].

Остеохондроз – это дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника, в основе которого лежит дегенерация межпозвонкового диска (МПД) [14], состоящего из пульпозного ядра и фиброзного кольца [7, 11]. Ядро по морфологической структуре соответствует гиалиновому хрящу за счет высокого содержания протеогликанов, гиалуроновой кислоты, коллагена II типа и воды. Фиброзное кольцо относится к фиброзным хрящам с высоким содержанием в его наружных пластинах коллагена (до 68%), преимущественно I типа, и богатым сульфатированными гликозаминогликанами, интегрированными в крупные молекулы протеогликанов с характерной для них способностью удерживать воду [7]. В процессе старения и дегенерации происходит постепенное уменьшение содержания сульфатов в межпозвонковом диске, а в пролабирующем пульпозном ядре их содержание составляет менее 50% от нормальных значений [11, 13]. Таким образом, процессы дегенерации в межпозвонковом диске и периферических суставах принципиально не

Таблица 1

Клиническая характеристика больных

Показатели	Основная группа (n = 40)		Группа сравнения (n = 40)	
Возраст больных, лет (M ± SD)	46,38 ± 10,84		48,08 ± 8,28	
Пол, абс./% *муж.* *жен.*	 15 /37,5 25 /62,5		 12 /30) 28/70	
ИМТ (M± SD)	28,49 ± 4,77		27,63 ± 4,97	
Характер труда, абс./% *умственный* *физический*	 15/37,5 25/62,5		 16/40 24/60%	
Средняя продолжительность заболевания, лет (M ± SD)	8,04 ± 0,91		7,81 ± 0,83	
Клинический диагноз, абс./% люмбалгия люмбоишиалгия спондилогенная радикулопатия	 9/ 22,5 24/60 7/17,5 –		 окт.25 27/67,5 3/7,5 –	
Рентгенологическая стадия, абс./%	в начале лечения	через 2 года	в начале лечения	через 2 года
I	–	–	2/5	1/2,5
II	28 /30	28/30	25/62,5	21/52,5
III	12/70	12/70	13/32,5	18/45
Среднее количество обострений в год (M ± SD)	2,93 ± 0,66	2,43 ± 0,65*	2,63 ± 0,70	3,00 ± 0,75*
Средняя продолжительность обострений, мес (M ± SD)	3,63 ± 0,60	2,81 ± 0,71*	3,41 ± 0,62	3,98 ±0,54*
Принимаемые НПВС в периоде обострения, абс./% диклофенак нимесулид	 22 /55 18/45	 22 /55 18 /45	 23/57,5 17 /42,5	 19/47,5 21 /52,5

Примечание: * p < 0,05.

различаются и, следовательно, использование хондропротекторов при остеохондрозе должно иметь ту же эффективность, что и при остеоартрозе.

Хондропротективные препараты улучшают метаболизм хондроцитов, увеличивают их резистентность к воздействию ферментов, активируют анаболические процессы в матриксе хряща и подавляют действие ферментов, приводящих к его дегенерации [14]. Основной действующий компонент хондропротекторов – глюкозаминогликаны. Хондролон – лиофилизированная натриевая соль хондроитин-сульфата, получаемая из трахеи крупного рогатого скота. В отечественной литературе имеются сообщения об успешном применении в клинических условиях у больных с остеохондрозом подобных препаратов, способных стимулировать синтез гиалуроновой кислоты и тормозить активность гиалуронидазы [1, 4, 5, 10, 12–14]. В этих исследованиях оценивались аналгетический и противовоспалительный эффекты препаратов в процессе 6–12-месячного наблюдения за больными, а не подлинно хондропротективное их действие.

УЗИ позвоночника позволяет визуализировать межпозвонковый хрящ и оценивать не только его высоту и толщину, но и фрагментированность фиброзного кольца [2]. В норме при УЗИ хрящ МПД прозрачен и однороден. При развитии дегенерации в нем появляется гиперэхогенная исчерченность, которая при далеко зашедших процессах распространяется на всю площадь диска.

Целью исследования являлось изучение противовоспалительной, аналгетической и хондропротективной эффективности применения хондролона при длительном (в течение 2 лет) курсовом лечении клинически значимого остеохондроза (ОХ) поясничного отдела позвоночника.

Были обследованы 80 больных с клинически значимым (хроническая люмбалгия) ОХ поясничного отдела позвоночника, согласившихся принять участие в

исследовании. Диагноз ОХ устанавливался по клиническим и рентгенологическим признакам [8].

Критерии исключения: прием препаратов с хондропротективным действием в течение 6 месяцев до начала исследования, IV рентгенологическая стадия ОХ поясничного отдела позвоночника, сопутствующие заболевания почек и сахарный диабет, наличие заболеваний, обусловливающих вторичный синдром БНС (остеопороз, травмы позвоночника, онкозаболевания, болезни органов ЖКТ и мочеполовой системы).

Клиническую эффективность и переносимость хондролона изучали в открытом контролируемом исследовании с соблюдением правил методологии клинических исследований. Все больные в зависимости от согласия на лечение хондролоном были подразделены на две группы по 40 человек: 1-я – основная, 2-я – группа сравнения. Группы больных не имели существенных различий по возрасту, полу и клиническим признакам ОХ поясничного отдела позвоночника (табл. 1), но у большинства больных 1-й группы рентгенологические изменения соответствовали III стадии, тогда как в группе сравнения – II. Поскольку у всех больных заболевание на момент начала исследования было в стадии обострения, то в течение первых 10 дней им назначали нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) – диклофенак или нимесулид (найз) по 100 мг 2 раза в день в сочетании с толперизоном (мидокалм) по 450 мг в сутки, затем в течение 10 дней магнитотерапию. После этого больные 1-й группы получали хондролон внутримышечно (в/м) в дозе 0,1 г (1 ампула) через день. Курс лечения – 20 инъекций. Последующие курсы терапии хондролоном проводились с интервалом в 6 месяцев в течение 2 лет. Больные обеих групп при необходимости принимали НПВС. У больных группы сравнения НПВС являлись единственным средством лечения обострений ОХ поясничного отдела позвоночника.

Клиническая эффективность оценивалась у больных обеих групп по интенсивности болевого синдрома по ВАШ, определению объёма движений по тесту Шобера и симптому Томайера (расстояние «пальцы-пол» при сгибании) в процессе каждого курса лечения хондролоном в течение 2 лет у больных обеих групп. Двигательная активность также определялась с той же периодичностью по общему функциональному индексу (FDI) HAQ, качество жизни – по общему показателю нарушения жизнедеятельности Освестровского опросника, рекомендованного ВОЗ для оценки этого показателя у больных с БНС [6]. Учитывались количество и длительность обострений ОХ, режим приема НПВС (отказ от приема, эпизодический прием) в течение 2 лет. За обострение заболевания принимался каждый эпизод болевого синдрома, требующий обращения к врачу и назначения лекарственной терапии.

В комплекс клинического обследования, помимо оценки общего состояния больного, лабораторного исследования (общий анализ крови и мочи, СОЭ, трансаминазы, билирубин, креатинин крови, С-РБ) входила рентгенография поясничного отдела позвоночника в 2 проекциях в начале лечения и через 2 года. Степень прогрессирования ОХ определяли по нарастанию его признаков на спондилограммах больных [9].

Для исключения вторичного синдрома БНС дополнительно проводилились УЗИ органов брюшной полости, консультация гинеколога и невролога. У женщин старше 50 лет в климактерическом периоде более 4 лет определяли минеральную плотность костной ткани на аппарате DEXA Scan. УЗИ поясничного отдела позвоночника на аппарате Diasonic (USA) выполнялось до начала и после каждого курса лечения хондролоном для выявления причины болевого синдрома и оценки динамики внутренних структур позвоночника под влиянием терапии [3]. Исследование проводилось передним трансабдоминальным доступом в 2 плоскостях – продольной и горизонтальной с использованием конвексного датчика с рабочей частотой 3,5 МГц [2].

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась в программе Statistica 6.0 (средний показатель, стандартное отклонение), с вычислением корреляционных коэффициентов и прогнозированием.

Как видно из представленных в табл. 2 данных, в процессе лечения НПВС у больных обеих групп была достигнута положительная динамика в виде снижения болевого синдрома по ВАШ, увеличения объема движений в поясничном отделе позвоночника по тесту Шобера и симптому Томайера. По данным УЗИ поясничного отдела позвоночника у всех больных к концу курса лечения НПВС в сочетании с физиотерапией отмечалось уменьшение количества и размеров протрузий диска. Число больных с диагностированными грыжами (эти данные были подтверждены МРТ поясничного отдела позвоночника) не изменилось.

После первого курса лечения хондро-

Таблица 2

Динамика клинических показателей, интенсивности боли, функциональной активности у больных

Показатели	Основная группа (n = 40)								Группа сравнения (n = 40)			
	1-й курс лечения		2-й курс лечения		3-й курс лечения		4-й курс лечения		через 6 мес	через 12 мес	через 18 мес	через 24 мес
	до	после	до	после	до	после	до	после				
Средние показатели по ВАШ, мм (M ± SD)	40,82 ± ± 2,76*,γ,β	20,87 ± ± 5,46*,¶,π,μ	32,17 ± ± 3,69&, ¥	16,22 ± ± 2,01&¶	22,87 ± ± 5,46#, γ, £	13,44 ± ± 3,11#, π	26,03 ± ± 3,26 $, β, ¡	14,65 ± ± 2,22 $, μ	39,61 ± ± 2,84§	42,17 ± ± 3,29¥	44,49± ±3,88 £	45,51 ± ± 2,71§, ¡
Тест Шобера, см (M ± SD)	2,21 ± ±0,87*, γ, β, ¤	3,36 ± 0,89*, μ	2,45 ± ± 0,73&	3,71 ± ± 0,96&	2,89 ± ± 0,88#, γ	3,64 ± ± 0,71#	3,01 ± 0,74 $, β, ¡	3,89 ± 0,67$, μ	3,14 ± ± 0,53ψ, §, ¤	3,02 ± ± 0,72	2,35 ± 0,76 ψ	2,17 ± ± 0,65§, ¡
Симптом Томайера, см (M ± SD)	10,66 ± ± 4,57*, γ, β	4,00 ± 2,64*, π. μ	6,78 ± ± 2,57&	2,69 ± 1,99 &	4,66 ± ± 2,21#, γ, £	2,32 ± 2,10#, β, ¡	3,24 ± 1,98$, β	2,11 ± ± 1,34$, μ	7,11 ± 3,25 §	7,58 ± ± 3,91	8,13 ± 4,35 £	9,54 ± ± 4,89 §, ¡
FDI по HAQ, в баллах (M ± SD)	2,70 ± ± 0,61*, γ, β	1,13 ± 0,42*	2,58 ± ± 0,51&	1,10 ± ± 0,37&	2,24 ± 0,45#, γ, £	1,09 ± 0,33#	1,99 ± 0,64$, β, ¡	1,01 ± ± 0,56$	2,66 ± 0,54 §	2,74 ± ± 0,39	2,83 ± 0,41 £	3,35 ± 0,44 §, ¡
Общий показатель нарушения жизнедеятельности по Освестровскому опроснику, в баллах (M ± SD)	22,57 ± ± 2,46*, β	10,13 ± ± 1,55*, π, μ	20,43 ± ± 4,23&	8,82 ± ± 1,34&	18,76 ± ± 1,71#, £	7,99 ± 2,23#, π	16,34 ± 1,98 $, β, ¡	6,07 ± ± 1,98$, μ	21,69 ± 1,71 ψ, §	25,97 ± ± 2,13	26,03 ± ± 3,26 ψ, £	31,34 ± ± 2,27 §, ¡

*, γ, β, , #, π, &, $, ¶, μ, §, ψ – различия внутри группы(p < 0,05); ¥, £, ¤, ¡ -между группами (p < 0, 05).

Таблица 3

Динамика данных ультразвукового обследования поясничного отдела позвоночника у больных

Показатели	Основная группа (n = 40)			Группа сравнения (n = 40)		
	до начала лечения НПВС	после лечения НПВС	через 2 года в периоде обострения	до начала лечения НПВС	после лечения НПВС	через 2 года в периоде обострения
Число больных с протрузиями, абс./%	40 /100	19/47,5	40/100	39/97,5	17/42,5	40/100
Среднее количество протрузий на одного больного	2,31 ± 0,88**, &	0,75 ± 0,63**	1,98 ± 0,63*, &	2,40 ± 0,90##	0,73 ±0,58##	2,33 ± 0,94*
Средний размер протрузий, см (M ± SD)	0,41 ± 0,11**, &	0,16 ± 0,13**	0,31 ± 0,10*, &	0,38 ± 0,10##	0,15 ± 0,11##	0,39 ± 0,09*
Число больных с грыжами, абс./%	13/32,5	13/32,5	11/27,5	9/22,5	9/22,5	10/25 □ □□□□□— 2 □□□□□
Средний размер грыж, см (M ± SD)	0,33 ± 0,12	0,31 ± 0,11	0,28 ± 0,11	0,37 ± 0,13	0,35 ± 0,11	0,32 ± 0,11

**, ##, $ и & – различия внутри группы (p < 0,05); * между группами (p < 0, 05).

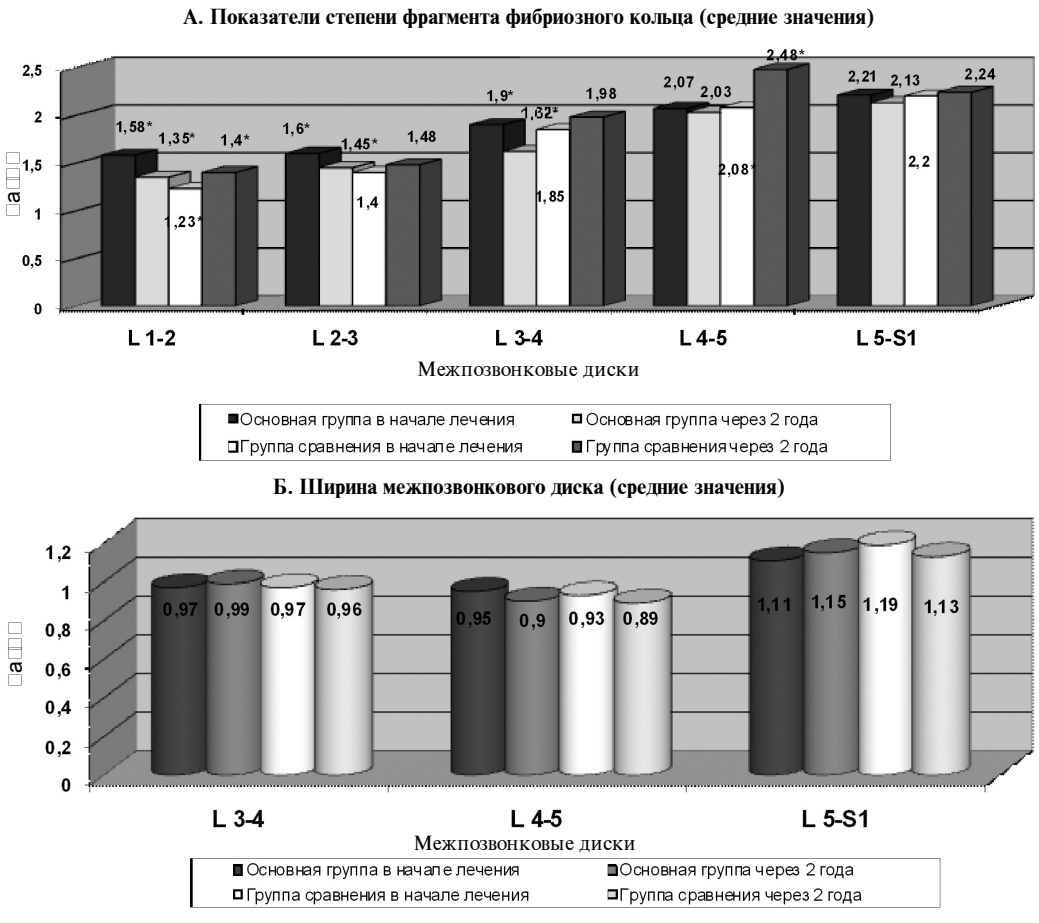

Рис. 1. Динамика показателей степени фрагментации фибриозного кольца и ширины межпозвонкового диска у больных. * $p < 0, 05$.

лоном у больных основной группы происходило дальнейшее снижение интенсивности болевого синдрома по ВАШ. Все 40 больных основной группы завершили 3 последующих курса лечения хондролоном. Динамика значений по ВАШ была следующей: перед каждым курсом введения хондролона показатели были достоверно ниже не только по сравнению с таковыми в группе сравнения, но и с результатами перед предыдущим курсом терапии, что отражало отдаленный эффект препарата. Таким образом, имелось медленное ступенеобразное снижение уровня боли в основной группе, достоверное уже со 2-го курса введения препарата. Усиление боли перед очередным курсом у больных основной группы не превышало уровня ее до начала предыдущего курса. У больных группы сравнения наблюдалось ступенеобразное увеличение боли, в результате этого показатель интенсивности болевого синдрома при обострении ко второму году наблюдения был достоверно выше первоначальных данных. Ко 2-му году наблюдения у больных основной группы достоверно уменьшалось ограничение объема движений по тесту Шобера и симптому Томайера не только после введения препарата. С 3-го курса лечения они были лучше даже до начала терапии по сравнению с первоначальными данными обследования и в группе сравнения.

Значение FDI по HAQ (более высокие значения соответствовали большему ограничению физической нагрузки) снизилось у больных основной группы по сравнению с данными в группе сравнения и было меньше, чем при первоначальном обследовании больных 2 года назад (табл. 2). Общий показатель нарушения жизнедеятельности по Освестровскому опрос-

нику (большее значение соответствовало более выраженным изменениям качества жизни) достоверно снизился у больных основной группы по сравнению с данными в группе сравнения и с результатами первоначального анкетирования больных основной группы (табл. 2). Во 2-й группе значение этого показателя через 2 года возросло, что свидетельствовало об ухудшении качества жизни больных (табл. 2).

По данным УЗИ поясничного отдела позвоночника (табл. 3), при обострении через 2 года наблюдения у больных обеих групп в 100% случаев диагностировались протрузии диска. Количество этих протрузий и их средний размер были достоверно меньше у больных основной группы. Положительная динамика по этим показателям наблюдалась и внутри основной группы. Число больных с грыжами в основной группе несколько уменьшилось в связи с тем, что грыжевые образования со временем могут уменьшаться и при размерах менее 0,1 см не визуализироваться [2]. В группе сравнения число больных с грыжами увеличилось на одного человека, а у одного больного с ранее диагностированной грыжей на вышележащем уровне образовалась вторая грыжа.

В целом среднее количество обострений в год и средняя продолжительность болевого синдрома при обострениях ОХ (табл. 1) уменьшились статистически достоверно в основной группе больных через 2 года наблюдения.

Большинство больных основной группы принимали диклофенак. В группе сравнения число лиц, получавших его, через 2 года уменьшилось за счет развития у 4 больных побочных эффектов от приема препарата (изжога – у 2, дискомфорт в эпигастрии – у 2), в связи с этим он был заменен на нимесулид. Побочных реакций на прием последнего у больных обеих групп не отмечалось.

Больные группы сравнения принимали НПВС при каждом обострении заболевания, в среднем продолжительность приема составила 12,24 ± 0,31 день. Среди больных основной группы режим приема НПВС претерпевал изменения: после первого курса терапии хондролоном полностью отказались от приема НПВС 27,5% больных, а после 2-го курса – 47,5%. Остальные пациенты перешли на эпизодический прием (от нескольких дней до единичных случаев). Средняя продолжительность приема НПВС у больных этой группы составила 7,14 ± 2,19 дня ($p<0,05$).

При продольном ультразвуковом сканировании поясничного отдела позвоночника измерялась ширина нижних МПД (L3-4, L4-5, L5 -S1), поскольку они подвергаются большей нагрузке. Как видно из представленных на рис. 1 Б данных, достоверных изменений ширины межпозвонкового диска на изучаемых уровнях у больных обеих групп не выявлено. Согласно данным литературы [14], изменение высоты суставного хряща не имеет линейной зависимости с прогрессированием остеоартроза суставов и не может служить надежным параметром в оценке стадии остеоартроза. Возможно, это заключение можно соотнести и с изменениями ширины хряща МПД при ОХ.

С помощью УЗИ оценивалась степень фрагментации фиброзного кольца на каждом МПД поясничного отдела позвоночника как показатель развития дегенеративных изменений в хряще: большие значения соответствовали более выраженным изменениям (рис. 1 А). У больных основной группы через 2 года курсового лечения хондролоном отмечалось достоверное уменьшение фрагментации фиброзного кольца на верхних МПД (L1-2, L2-3, L3-4). У больных группы сравнения за этот период времени определялась обратная динамика на уровне L1-2 и L4-5. Положительные изменения в основной группе имели место среди больных в возрасте до 42 лет и с изначально небольшими или умеренными степенями фрагментации фиброзного кольца.

При проведении корреляционного анализа не выявлено зависимости деструкции фиброзного кольца от пола, индекса массы тела, характера выполняемого больными труда. В то же время отмечалось возрастание деструкции в хряще МПД с увеличением возраста больных ($r=0,54$ при $p<0,05$), продолжительности заболевания ($r=0,41$ при $p<0,05$), количества обострений в год ($r=0,38$, $p<0,05$) и при большей рентгенологической стадии процесса ($r=0,50$, $p<0,05$). Прием определенного НПВС не оказывал влияния на усугубление фрагментации фиброзного кольца МПД. Отсутствовала корреляция между

шириной МПД и степенью деструкции фиброзного кольца, что можно объяснить ранней (с помощью УЗИ) диагностикой дегенеративных процессов в хряще до снижения высоты МПД.

Переносимость хондролона была хорошей. За период 2-летнего наблюдения как непосредственно во время приема препарата, так и после окончания лечения ни у одного больного основной группы побочных реакций не возникало.

Применение хондролона в качестве базисной терапии у больных с хроническим течением ОХ поясничного отдела позвоночника приводит к уменьшению болевого синдрома (по ВАШ), улучшению двигательной активности (по функциональным тестам и FDI HAQ) и качества жизни больных (по общему показателю нарушения жизнедеятельности Освестровского опросника). На фоне приема хондролона отмечались снижение частоты и длительности обострения ОХ у больных, а также уменьшение потребности в частом и продолжительном использовании НПВС в качестве противовоспалительной и аналгетической терапии. Поскольку общий и биохимический анализы крови у обследованных не показали каких-либо изменений, о противовоспалительном эффекте хондролона можно было судить по увеличению объема движений в поясничном отделе позвоночника. Имеются данные, что фиброзное кольцо МПД содержит рецепторы, реагирующие на воспаление [7], в результате этого формируется рефлекторный болевой синдром в дерматоме, соответствующем уровню измененного МПД. Поэтому уменьшение количества и размеров протрузий диска на фоне снижения интенсивности боли по ВАШ тоже можно отнести к противовоспалительному действию хондролона. По данным УЗИ поясничного отдела позвоночника, регулярное применение этого препарата также приводило к снижению риска образования грыж у больных с ОХ поясничного отдела позвоночника.

Через 2 года наблюдения отмечалось хондропротективное действие препарата, выражавшееся в снижении фрагментации фиброзного хряща МПД у лиц более молодого возраста с недалеко зашедшим процессом деструкции хряща на верхних уровнях поясничного отдела позвоночника. Риск дальнейшего усугубления фрагментации фиброзного кольца был меньше у больных ОХ, принимавших хондролон. В настоящее время необходимо выяснить, как долго больные ОХ должны принимать хондропротективные препараты, чтобы добиться стабильной ремиссии заболевания и полностью остановить дегенеративный процесс в хряще МПД.

ВЫВОДЫ

1. Хондролон у больных с хроническим течением ОХ поясничного отдела позвоночника является эффективным препаратом, обладающим клинически выраженным противовоспалительным, аналгетическим и хондропротективным действием с длительным периодом последействия.

2. Применение хондролона ведет к снижению частоты и длительности обострений у больных ОХ, а также к уменьшению потребности в приеме НПВС.

3. Проведение УЗИ поясничного отдела позвоночника позволяет не только определять причину болевого синдрома при ОХ и оценивать динамику со стороны внутрипозвонковых структур в процессе лечения, но и судить о степени деструктивных изменений в хряще МПД.

4. Назначение хондролона в качестве базисной терапии у лиц среднего возраста с умеренно выраженным дегенеративным процессом в хряще МПД позволит снизить риск дальнейшего прогрессирования заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Докучаева Н.Н.* Опыт использования препарата алфлутоп в комплексной терапии остеохондроза позвоночника // Актуальные проблемы современной ревматологии: Сб. научн. работ под ред. Акад. РАМН А.Б. Зборовского. Вып. XX. – Волгоград, 2002. – С. 43–44.

2. *Кинзерский А.Ю., Медведев Д.В., Бурулев А.Л.* Ультрасонография позвоночника. – Челябинск: Иероглиф, 2001. – 164 с.

3. *Кинзерский А.Ю., Бурулев А.Л.* Роль ультразвукового метода исследования в диагностике остеохондроза поясничного отдела позвоночника // Совр.технол. в ультразвук. диагн. – 2002. – № 3. – С. 55.

4. *Левин О.С.* Применение хондропротектора алфлутопа в лечении вертеброгенной люмбоишиалгии // Научно-практич. ревматол. – 2003. – Прил. к № 2. – С. 61.

5. *Мазуров В.И., Беляева И.Б.* Применение структу-

© 23. «Казанский мед. ж.», № 3.

ма в комплексном лечении синдрома болей в нижней части спины. / Новые возможности в лечении остеоартроза и остеохондроза. – М., 2004. – 24 с.

6. *Насонова В.А.* Боль в нижней части спины – большая медицинская и социальная проблема, методы лечения // CONSILIUM MEDICUM. – 2004. – Т.6, № 8. – С.536-541.

7. *Павлова В.Н., Капьева Т.Н., Слуцкий Л.И., Павлов Г.Г.* Хрящ. – М.: Медицина, 1998. – 320 с.

8. *Попелянский Я.Ю.* Ортопедическая неврология (Вертеброневрология). – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 672 с.

9. *Скромец А.А., Ахметсафин А.Н., Баранцевич Е.Р. и соавт.* Лечение поясничных спондилогенных неврологических синдромов. – СПб.: Гиппократ, 2001. – 160 с.

10. *Стажаров М.Ю., Бедина С.А., Мозговая Е.Э. и соавт.* Опыт применения препарата алфлутоп у больных остеохондрозом позвоночника // Научно-практич. ревматол. – 2003. – Прил. к № 2. – С. 91.

11. *Ходырев В.Н., Голикова Л.Г.* Клиническая эффективность алфлутопа при остеохондрозе позвоночника (12-месячное исследование) // Научно-практич. ревматол. – 2005. – № 2. – С. 33-36.

12. *Ходырев В.Н., Голикова Л.Г.* Клиническая эффективность алфлутопа при остеохондрозе позвоночника (12-месячное исследование) // Научно-практич. ревматол. – 2003. – прил. к № 2. – С. 104.

13. *Ходырев В.Н., Знаишева Н.И., Лобанова Г.М. и соавт.* Оценка клинической эффективности алфлутопа при остеоартрозе (двухлетнее исследование) // Научно-практич. ревматол. – 2003. – № 1. – С. 43-46.

14. *Шостак Н.А., Аксенова А.В., Правдюк Н.Г. и соавт.* Боли в нижней части спины при остеохондрозе позвоночника: опыт применения хондропротективного препарата // Тер. арх. – 2003. – № 8. – С. 67-69.

THE TWO-YEAR EXPERIENCE OF CHONDROLON USAGE IN VERTEBRAL OSTEOCHONDROSIS

T.V. Chernysheva, G.G. Bagirova

Summary

Studied were the anti-inflammatory, analgesic and chondroprotective effects of the drug «Chondrolon» during long-term course treatment of clinically significant lumbar vertebral osteochondrosis. After 2 years the quantity and size of the disc protrusion decreased during exacerbations, disc herniations were not diagnosed, reduced was the degree of destruction of the fibrous ring at the upper levels of the lumbar vertebra, the quality of life improved. These changes were more pronounced in patients younger than 42 years with a minor or moderate degree of fragmentation of the cartilage. Noted was a decrease in the frequency and duration of exacerbations osteochondrosis.

Key words: chondrolon, vertebral osteochondrosis, chronic back pain.

УДК 616.717+616.718+617.51-001.036.8]-089.8

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ, СОЧЕТАННЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Джевдет Энвербекович Купкенов, Ильдус Рафисович Мустафин

Медсанчасть ОАО « Татнефть» (главврач – М.Х. Закирзянов), г. Альметьевск

Реферат

Проведен анализ лечения 108 пострадавших с диафизарными переломами длинных трубчатых костей конечностей, сочетанными с черепно-мозговой травмой. Выполнено 158 операций на конечностях и 43 декомпрессивные трепанации черепа. Предпочтение отдавали раннему остеосинтезу, а из методов оперативного лечения – аппаратам внешней фиксации. Хорошие исходы лечения получены у 78% больных и удовлетворительные – у 22%.

Ключевые слова: черепномозговая травма, диафизарные переломы длинных трубчатых костей, ранний остеосинтез, декомпрессивная трепанация черепа.

Сочетанные повреждения конечностей и головного мозга в большинстве случаев влекут за собой длительную нетрудоспособность и инвалидность пострадавших, а в 23% случаев заканчиваются летальным исходом [3]. Неудовлетворительные исходы лечения больных с такими повреждениями объясняются не только тяжестью анатомических нарушений и общего состояния в остром периоде, но и неадекватным выбором лечебной тактики, метода и объема оперативных вмешательств, главным образом на конечностях. Оказание специализированной помощи в момент поступления больных с переломами различной локализации в сочетании с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) и их последующее лечение имеют свои особенности и требуют строго индивидуального подхода. Проблема лечения пострадавших с сочетанными повреждениями, включающими ЧМТ и травму опорно-двигательного аппарата, за последние десятилетия стала наиболее актуальной. Она обусловлена возрастающей частотой политравм, высокими показателями летальности, инвалидности, длительными сроками реабилитации.