



УДК 616.727 : 615.79

А.Б. Островский, С.В. Норина

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХОНДРОПРОТЕКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

*Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения;
МУЗ "Городская клиническая поликлиника №3", г. Хабаровск*

Высокая распространенность остеоартроза (ОА) и связанные с этим заболеванием проблемы инвалидизации чрезвычайно актуальны для России. Число пациентов с ОА составляет в нашей стране около 10-12% населения, примерно треть из них имеет ту или иную степень нетрудоспособности, в связи с чем своевременно начатое и эффективное лечение имеет большое социальное и экономическое значение [9, 11]. Остеоартроз — это хроническое заболевание суставов, проявляющееся болью, постепенным развитием деформаций и нарушением функции суставов, вызванное генерализованной и прогрессирующей потерей суставного хряща и сочетающееся с ремоделированием и склерозом субхондральной кости, а также формированием субхондральных кист и остеофитов [4]. ОА занимает первое место среди заболеваний опорно-двигательного аппарата у лиц пожилого возраста, являясь более важным фактором ограничения уровня физической активности, чем болезни сердца, гипертензия, нарушение зрения и диабет [1, 3]. В основе заболевания лежат нарушения гомеостаза суставного хряща, которые могут быть обусловлены как генетическими, так и разнообразными средовыми факторами [2, 12].

На ранних стадиях ОА происходит активация хондроцитов, которые усиливают не только синтез коллагена и протиогликанов, но также вырабатывают ряд цитокинов и ферментов, способствующих деградации хряща. В последующем их синтетическая функция снижается, что обуславливает ослабление структуры хряща. Продукты деградации хряща вызывают вторичный синовит. Прогрессирующие изменения хряща и реактивные костные изменения приводят к нарушениям биомеханики суставов с соответствующей

патологией связок, сухожилий и мышц, нарушением функции суставов [5, 8].

Изменения в суставном хряще обуславливают развитие характерных клинических и рентгенологических признаков ОА.

Рентгенологическая диагностика начальных стадий гонартроза — это уже далеко не ранняя диагностика заболевания, поскольку рентгенологический метод позволяет оценить лишь костные изменения, характерные для ОА, дает косвенные данные о толщине суставного хряща по степени сужения суставной щели. Диагностика реактивного синовита лежит за пределами возможности рентгенографии [7, 14].

Диагностика гонартроза, помимо рентгенологического исследования, основывается на таких неинвазивных методах, как артросонография (УЗИ суставов) и магниторезонансная томография (МРТ) [3]. В настоящее время в поликлинических условиях основным методом ранней диагностики остеоартроза коленных суставов (ОА КС) является артросонография [6].

Лечение ОА должно быть направлено на решение следующих задач: уменьшение боли и воспаления, снижение частоты обострений и поражения новых суставов, улучшение качества жизни, замедление прогрессирования заболевания и предотвращение инвалидности.

В настоящее время принята классификация антиартрозных препаратов: 1) симптоматические препараты быстрого действия; 2) симптоматические препараты замедленного действия; 3) препараты, модифицирующие структуру хряща. Однако проблема предотвращения прогрессирования потери хряща при ОА до сих пор остается нерешенной [5, 7].

Таблица 1

Критерии диагноза ОА

Клинические критерии	Рентгенологический критерий
1. Боли в суставах, возникающие в конце дня и/или в первую половину ночи	1. Сужение суставной щели
2. Боли в суставах, возникающие после механической нагрузки и уменьшающиеся в покое	2. Остеосклероз
3. Деформация суставов за счет костных разрастаний (включая узелки Гебердена и Бушара)	3. Остеофитоз

Примечание. Критерии 1-2 — основные; критерий 3 — дополнительный. Для постановки диагноза ОА наличие первых двух клинических и рентгенологических критериев обязательно.

Традиционно используемые нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) оказывают симптоматическое действие, уменьшая болевой синдром и проявления воспаления в суставах. Основным недостатком данных препаратов является наличие выраженных побочных реакций, особенно в отношении желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы. Более того, некоторые из них отрицательно влияют на метаболизм суставного хряща [11]. Новое направление в лечении ОА основано на применении препаратов второй группы, к которым относятся естественные компоненты хрящевого межклеточного вещества — гиалуроновая кислота, глюкозаминсульфат и хондроитин сульфат (ХС). Эти лекарственные средства модулируют важнейшие функции хондроцитов в поврежденном остеоартрозом хряще, стимулируют синтез сульфатированных и несulfатированных протеогликанов, сопоставимых с физиологическими протеогликанами, включая их способность формировать прочные комплексы с гиалуроновой кислотой [8, 10].

Помимо структурума и дона к медикаментам второго класса относятся также: алфлутоп — экстракт из нескольких видов морских животных; диацерин — ингибитор интерлейкина-1; негидролизующиеся соединения сои и авокадо.

Медленнодействующие препараты являются весьма перспективными для симптоматической, а возможно, и патогенетической терапии ОА. Эти препараты, с одной стороны, обладают выраженным действием на боль и функциональное состояние суставов, как и НПВП, с другой — некоторыми хондропротективными свойствами. Возможное модифицирующее структуру болезни действие этих препаратов поднимает вопрос о назначении их уже на ранних стадиях ОА [12, 13].

На базе МУЗ «Городская клиническая поликлиника №3» г. Хабаровска проводилось исследование в целях изучения клинической эффективности хондропротекторов, применяемых для лечения ОА КС. В исследование было включено 115 больных ОА КС обоих полов — 16 мужчин (13,9%), 99 женщин (86,1%) в возрасте от 25 до 65 лет, удовлетворяющих диагностическим критериям ОА КС Института ревматологии РАМН и Американской коллегии ревматологов, имеющих артрозографически 0-III стадию, а также рентгенологически выявленные изменения 0-III стадии по классификации Келлгрена - Лоуренса с выраженным болевым синдромом. Критериями исключения были наличие у больных

Таблица 2

Динамика основных клинических параметров в процессе лечения НПВП, хондропротекторами и НПВП в сочетании с хондропротекторами

Параметр	Больные ОА КС		
	I группа (n=46)	II группа (n=32)	III группа (n=37)
Боль в покое, бал.: - до лечения	1,67 ±0,07	1,70 ±0,08	1,77 ±0,08
- через 6 мес.	0,30 ±0,07**	0,55 ±0,09*	0,52 ±0,08*
- через 12 мес.	0,24 ±0,06**	0,51 ±0,08*	0,44 ±0,08*
Боль при движении, бал.: - до лечения	2,80 ±0,06	2,73 ±0,09	2,84 ±0,09
- через 6 мес.	1,34 ±0,07	1,37 ±0,08	1,35 ±0,09
- через 12 мес.	1,26 ±0,06	1,35 ±0,09	1,28 ±0,07
Боль в покое по ВАШ, мм: - до лечения	52,17 ±1,39	50,26 ±1,44	51,62 ±1,37
- через 6 мес.	20,0 ±0,98*	21,62 ±1,55*	22,58 ±1,48*
- через 12 мес.	18,70 ±1,07*	21,45 ±1,48*	18,59 ±1,27*
Боль при движении по ВАШ, мм: - до лечения	87,17 ±1,38	82,60 ±1,59	84,05 ±1,52
- через 6 мес.	38,96 ±1,65*	42,03 ±1,72*	39,22 ±1,56*
- через 12 мес.	38,59 ±1,34*	41,05 ±2,01*	36,28 ±1,36*
Интенсивность синовита, бал.: - до лечения	1,78 ±0,17	1,87 ±0,16	1,77 ±0,21
- через 6 мес.	0,48 ±0,08*	0,79 ±0,12*	0,55 ±0,12*
- через 12 мес.	0,37 ±0,07*	0,73 ±0,13*	0,46 ±0,10*
Нарушение функции суставов, бал.: - до лечения	2,54 ±0,07	2,42 ±0,08	2,46 ±0,08
- через 6 мес.	1,17 ±0,08**	1,40 ±0,09*	1,35 ±0,09*
- через 12 мес.	0,97 ±0,08**	1,18 ±0,07*	1,00 ±0,08*
Функциональный индекс Лекена, бал.: - до лечения	11,04 ±0,14	10,82 ±0,15	11,00 ±0,15
- через 6 мес.	4,98 ±0,11*	5,57 ±0,16*	5,56 ±0,16*
- через 12 мес.	4,84 ±0,12*	5,55 ±0,13*	4,95 ±0,18*
Изменение толщины хряща над мышечками бедренной кости, мм: - до лечения	1,25 ±0,05	1,24 ±0,08	1,28 ±0,09
- через 6 мес.	1,30 ±0,07	1,36 ±0,04*	1,56 ±0,04*
- через 12 мес.	1,36 ±0,07	1,57 ±0,08*	1,94 ±0,08**

*Примечания.** — $p < 0,05$ в сравнении до и после лечения; **** — $p < 0,05$ в сравнении между группами.

других ревматологических заболеваний, микрокристаллических и инфекционных артритов, тяжелых заболеваний внутренних органов. В зависимости от проводимой терапии больные гонартрозом были разделены на 3 группы. Больные I группы получали НПВП (диклофе-

нак-ретард в дозе 100 мг/сут, мовалис в дозе 7,5-15 мг/сут). Больные II группы получали хондропротекторы — структум в дозе 1000 мг/сут (по 2 капсулы 2 раза в день — 1 кап. 250 мг) или алфлутоп 90 внутрисуставно по 2,0 мл 2 раза в нед. на протяжении 3 нед., а затем внутримышечно по 1,0 мл в течение 5 нед.

Больные III группы получали комбинированную терапию НПВП (диклофенак-ретард в дозе 100 мг/сут или мовалис в дозе 7,5-15 мг/сут) в сочетании с хондропротекторами (доза 1500 мг/сут, структум в дозе 1000 мг/сут, алфлутоп внутрисуставно по 2,0 мл 2 раза в нед. на протяжении 3 нед., а затем внутримышечно по 1,0 мл в течение 5 нед.

Лечение всеми препаратами проводилось в течение 2 мес., 2-3 курса в год. Клиническое и инструментальное обследование больных проводили в начале исследования, через 6 и 12 мес. после лечения. В ходе исследования оценивалась интенсивность боли при движении и в покое по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в мм, а также анализировались выраженные в баллах следующие параметры: боль в суставах при движении; боль в суставах в покое; нарушение функции суставов; выраженность синовита.

Функциональное состояние коленных суставов анализировали по главному критерию — суммарному индексу Лекена от 4 до 12 баллов, который состоит из параметров, характеризующих болевой синдром, максимально проходимое расстояние и ежедневную двигательную активность больного.

По основным клиническим параметрам все группы больных были сопоставимы между собой (табл. 2). Результаты исследования свидетельствуют о положительной динамике во всех 3 группах больных через 6 и 12 мес. после лечения НПВП, хондропротекторами, но более выраженный клинический эффект был у пациентов, которые получали комбинированную терапию НПВП в сочетании с хондропротекторами. На фоне приема НПВП, хондропротекторов, НПВП в сочетании с хондропротекторами отмечалась достоверная положительная динамика болевого синдрома. Уменьшилась выраженность, или полностью исчезла стартовая и ночная боль, возросли функциональные возможности больных гонартрозом.

По данным артросонографии, хондропротекторы и комбинированная терапия НПВП в сочетании с хондропротекторами обладают противовоспалительным эффектом, сдерживают прогрессирование патологического процесса в коленном суставе у больных гонартрозом.

Результаты, полученные в исследовании под контролем артросонографии, показали, что менее выраженное изменение толщины гиалинового хряща отмечалось в группе больных, принимавших НПВП, что, в свою очередь, позволило рассматривать их как хондронейтральные препараты.

Лечение больных гонартрозом под контролем артросонографии по данным увеличения толщины гиалинового хряща в динамике через 6 и 12 мес. после лечения позволяет сделать вывод о том, что хондропротекторы могут задержать или полностью остановить прогрессирование гонартроза.

После комбинированной терапии НПВП в сочетании с хондропротекторами было установлено, что их применение замедляет темпы прогрессирования го-

нартроза. Артросонографический контроль проводимой терапии НПВП, хондропротекторами, НПВП в сочетании с хондропротекторами, объективно доказывает хондропротективное действие этих препаратов при гонартрозе, что подтверждено достоверным увеличением толщины гиалинового хряща через 6 и 12 мес. после лечения.

При наличии выраженного болевого синдрома хондропротекторы следует сочетать с НПВП. В последующем доза НПВП может быть снижена за счет нарастающего эффекта хондропротекторов, поскольку они эффективно снижают боль, стабилизируют и в конечном итоге улучшают функцию суставов, оказывая на них противовоспалительное, хондропротективное действие даже при лечении в течение 2 мес., при проведении 2-3 лечебных курсов в год.

Опыт применения различных хондропротекторов при гонартрозе показал, что они способствуют более быстрому купированию болевого синдрома, предупреждению повторных обострений, восстановлению подвижности пораженных суставов и даже увеличению толщины суставного хряща. Хондропротекторы, обладая, как и НПВП, противовоспалительным действием, могут задержать или полностью остановить прогрессирование гонартроза, которое устанавливается на основании комплексной оценки изменения толщины гиалинового хряща при артросонографии, проводимой в динамике заболевания.

Хондропротективные препараты обладают не только хондропротективным, но и прямым противовоспалительным действием. Но все же наиболее яркий противовоспалительный эффект имеют НПВП, без которых не мыслится комплексная терапия гонартроза.

Л и т е р а т у р а

1. Алексеева Л.И., Зайцева Е.М. // Русский медицинский журнал. 2005. №8. С. 525-527.
2. Алексеева Л.И., Медников Б.Л., Пиявский С.А. и др. // Тер. архив. 2001. №11. С. 90-92.
3. Алексеева Л.И., Архангельская Г.С. // Тер. архив. 2003. №9. С. 82-86.
4. Аппельфельд М. // Науч.-практическая ревматология. 2005. №4. С. 76-80.
5. Зоткин Е.Г. // Науч.-практическая ревматология. 2005. №5. С. 48-51.
6. Лукина Г.В., Сигидин Я.А., Денисов Л.Н. // Науч.-практическая ревматология. 2005. №5. С. 64-66.
7. Лучихина Л.В. Медицинская энциклопедия. М., 2001. 168 с.
8. Насонова В.А., Муравьев Ю.В., Цветкова Е.С. и др. // Справ. поликлинического врача. 2003. №6. С. 13-21.
9. Насонова В.А., Алексеева Л.И., Архангельская Г.С. и др. // Тер. архив. 2001. №11. С. 84-87.
10. Насонова В.А. // Consilium medicum. 2003. Т.5. №2. С. 90-95.
11. Насонов Е.Л., Алексеева Л. И. // Тер. архив. 2001. №11. С. 87-89.
12. Насонов Е.Л. // Русский медицинский журнал. 2002. Т.10. №4. С. 206-212.
13. Светлова М.С., Игнатъев В.К. // Тер. архив. 2005. №12. С. 64-70.
14. Чичасова Н.В. // Русский медицинский журнал. 2005. №8. С. 539-543.