

**Опыт применения препарата Карипазим
в лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний
опорно-двигательного аппарата**

**О.В. Бейдик, Т.Н. Антонова, С.П. Степухович, Х. Саккалла, С.А. Немалиев,
Д.В. Мандров**

***The experience of Caripazim preparation use in treatment of the
locomotor system degenerative diseases***

**O.V. Beidick, T.N. Antonova, S.P. Stepoukhovich, Kh. Sakkalla, S.A. Nemaliyev,
D.V. Mandrov**

Саратовский государственный медицинский университет, ММУ ГКБ № 9, г. Саратов

Дегенеративно-дистрофические заболевания являются одними из наиболее распространенных ортопедических патологий. Предложен способ лечения препаратом Карипазим путем его введения методами фонофореза и фотофореза. Такой подход обеспечивает уменьшение срока купирования болевого синдрома и сроков реабилитации, снижает риск осложнений и рецидивов заболевания.

Ключевые слова: Карипазим, электрофорез, фонофорез, фотофорез.

Degenerative diseases represent one of the most common orthopaedic pathologies. A way of their treatment has been proposed with Caripazim preparation infusion according to phonophoresis and photophoresis methods. Such an approach supports the reduction of the time of pain syndrome stoppage and that of rehabilitation periods, decreases the risk of complications and disease recurrences.

Keywords: Caripazim, electrophoresis, phonophoresis, photophoresis.

По данным российских авторов [1], на долю дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата приходится от 60 до 90 % всех больных поликлинического профиля. Причем 75 % больных составили пациенты от 30 до 59 лет, то есть периода максимальной трудоспособности. Ведущими симптомами являются ярко выраженный болевой синдром и прогрессирующая контрактура суставов, что приводит к значительному нарушению функций конечностей, а следовательно, значительному снижению качества жизни. В настоящее время существует большое количество способов лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний, разных как по методике, так и по эффективности. Однако доказано, что использование общепринятой медикаментозной терапии зачастую не только не обеспечивает длительной стойкой ремиссии, но и должного лечебного эффекта [2, 3]. С другой стороны, хирургическое лечение имеет много противопоказаний, является дорогостоящим методом, применяемым лишь у небольшого числа больных с осложненным течением заболевания. Но даже оперативное вмешательство нередко полностью не устраняет болевой синдром, так как устраняет лишь механический компрессионный фактор, не принимая во внимание дооперационных изменений в нервных структурах и гемодинамиче-

ских расстройств, тем самым полностью не устраняя причину болевого синдрома.

Базисная терапия всех дегенеративно-дистрофических заболеваний складывается из иммобилизации пораженного сегмента, назначения нестероидных противовоспалительных препаратов, хондропротекторов, новокаиновых блокад, физиопроцедур.

В последнее время в лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний хорошо зарекомендовал себя препарат Карипазим. Карипазим является суммой протеолитических ферментов, содержащихся в млечном соке папайи (дынного дерева). Активными компонентами этой суммы являются ферменты: папаин, химопапаин А, химопапаин В, пептидаза А, пептидаза В, лизоцин. Карипазим обладает протеолитической активностью широкого спектра. Препарат влияет на коллагеновые хрящевые ткани, усиливает регенерацию тканей межпозвонкового диска. Карипазим расщепляет некротизированные ткани, разжижает вязкие секреты, экссудаты, сгустки крови. По действию Карипазим близок к Лекозиму, Химотрипсину и Трипсину.

Карипазим применяют при остеохондрозе позвоночника, межпозвонковых грыжах, суставных контрактурах, келоидных рубцах, артрозо-артритах крупных суставов, плечелопаточном периартрите, церебральном и спинальном

арахноидите. Препарат также применяют при ожогах III-а степени в качестве средства для ускорения отторжения струпов и очищения гранулирующих ран от остатков гнойно-некротических тканей.

По рекомендациям отечественных авторов (АС 2141359 В.Л. Найдин, Ю.Г. Бобков, П.Е. Юрищев) Карипазим вводится методом электрофореза с положительного полюса. Один флакон Карипазима разводится в 5-10 мл физиологического раствора непосредственно перед процедурой. В раствор добавляется 2-3 капли Димексида. Раствор наносится на фильтровальную бумагу белого цвета, размещенную на прокладках электрода. Размеры электрода-прокладки 10×15 см. Температура прокладки – строго 37-39 °С. Время экспозиции от 10 до 20 минут. Лечение курсовое – 1 курс от 20 до 30 процедур. Допускаются перерывы в 1-2 дня между процедурами.

В нашей клинике препарат успешно применяется при лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний с 2003 года. Так, наряду с общепринятым лечением артрозов крупных суставов (тазобедренного, коленного, плечелопаточного) применяли электрофорез с Карипазимом в комплексном послеоперационном лечении. Например, у пациентов с Hallux valgus после снятия мини-аппарата внешней фиксации наряду с лечебной гимнастикой, миостимуляцией внутренней группы мышц голени, применяли электрофорез с Карипазимом на область плюснефалангового сустава для профилактики деформирующего артроза, при этом в медикаментозную терапию включали Трентал или его аналоги для улучшения периферического кровообращения. У больных пожилого возраста с переломами локтевого отростка также назначался электрофорез с Карипазимом для лечения деформирующего артроза локтевого сустава и профилактики постиммобилизационных контрактур.

Электрофорез с Карипазимом хорошо рекомендовал себя и в лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника, таких как остеохондроз [4].

Однако важным недостатком электрофореза, как и других способов электролечения, является необходимость включения тела пациента в электрическую цепь прибора. Таким образом, сердечно-сосудистая недостаточность, наличие искусственного водителя ритма, хроническая почечная недостаточность, гнойничковые и системные заболевания кожи, а также онкологические заболевания являются противопоказаниями к электрофорезу. В связи с этим, при тех или иных противопоказаниях к электрофорезу нами был применен способ введения Карипазима путем фонофореза (приоритетная справка № 2004127553 РФ МКИ А61 № 1/30). С этой

целью Карипазим (350 ПЕ) смешивали с 2 мл мази Хондроскид и наносили на симметричные области вдоль позвоночника или на область поврежденного сустава. Время экспозиции – 10 минут (по 5 минут с каждой стороны). Полный курс терапии составляет 3 курса по 30 процедур, интервал между курсами от 1 до 2 месяцев.

Однако биодоступность препарата при электрофорезе и фонофорезе является приблизительно одинаковой. Поэтому в последнее время возрос интерес к совершенствованию методов введения лекарственных препаратов различными физическими факторами. Одной из новых и мало изученных проблем квантовой медицины является взаимодействие лазерного луча и фармпрепаратов. На базе нашей клиники впервые был применен метод лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний фотофорезом препарата Карипазим низкоинтенсивным гелий-неоновым лазером с длиной волны 0,63 мкм. Этот метод включает в бесконтактном лазерном облучении области пораженного сустава и (или) паравертебральной области лучом гелий-неонового лазера с длиной волны 0,63 мкм, после предварительного нанесения на кожу однослойной марлевой салфетки, смоченной 1 % раствором Карипазима. Лазерное облучение проводилось с плотностью мощности излучения 10 мВт/см², экспозицией 10 минут, количество сеансов – 10. Нами получено абсолютное большинство положительных результатов. За счет комбинации противовоспалительного и реологического действия гелий-неонового лазера с протеолитическим эффектом Карипазима улучшалась микроциркуляция, снимался мышечный спазм, рассасывались рубцы и спайки в пораженном сегменте. При этом быстрее купировался болевой синдром, увеличивался объем движений в пораженном сегменте позвоночника и суставе; за счет восстановления анатомических взаимоотношений в суставе достигалась продолжительная ремиссия заболевания. В сравнительный анализ по нашей методике были включены 54 пациента, пролеченных различными способами. 20 пациентов наряду с базисной терапией получали электрофорез с Карипазимом; 19 пациентов фонофорез с Карипазимом и 15 пациентам наряду с базисной терапией проводился фотофорез с Карипазимом. Так, при лечении фотофорезом, в отличие от фонофореза и электрофореза, срок купирования болевого синдрома уменьшался в среднем на 4-5 дней, срок госпитализации больных сокращался с 14-15 до 10-12 койко-дней, а срок нетрудоспособности с 30-35 до 20-25 дней.

Клинический пример.

Больной Б., 56 лет, госпитализирован с клиникой вертеброгенной люмбалгии на фоне остеохондроза поясничного отдела позвоночника

при наличии грыжи диска L_{IV}-L_V. Боль в пояснице беспокоила в течение последних 3 лет. Ухудшение состояния в течение последней недели связывает с переохлаждением и физической нагрузкой. Не спит из-за боли. Не может поднимать ногу выше 90 градусов (симптомы натяжения). Пассивные и активные движения в поясничном отделе ограничены и резко болезненны. Отмечается напряжение мышц поясничного отдела, пальпация паравертебральных точек L_{III}-L_V резко болезненна. Осевая нагрузка на надплечья иррадирует в поясницу. Назначена низкоинтенсивная лазеротерапия гелий-

неоновым лазером. После 4-го сеанса купирован болевой синдром. После 10-го сеанса полностью восстановился объем движений в поясничном отделе. Выписан в удовлетворительном состоянии на работу.

Таким образом, лечение дегенеративно-дистрофических заболеваний фотофорезом препарата Карипазим, благодаря большей биодоступности, обеспечивает быстрое купирование болевого синдрома, восстановление объема движений, достижение длительной ремиссии заболевания.



Рис. 1. Больной Б., 56 лет, МРТ до лечения



Рис. 2. Больной Б., 56 лет, МРТ после лечения

ЛИТЕРАТУРА

1. Распространенность болей в нижнем отделе спины среди рабочих промышленного предприятия России / Н. В. Торопцева [и др.] // Клин. ревматология. - 1995. - № 5. - С. 26-29.
2. Заболевания нервной системы при дегенеративных процессах позвоночника / А. Д. Динабург [и др.]. - Киев : Здоровье, 1967. - 388 с.
3. Героева, И. Б. Комплексное функциональное лечение дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника и крупных суставов / И. Б. Героева, А. Ф. Каптелин, М. Б. Цикуров // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. - М., 1991. - С. 118-124.
4. Попелянский, Я. Ю. Ортопедическая неврология. Вертебрoneврология. Руководство для врачей : в 2-х т. / Я. Ю. Попелянский. - Казань, 1997.
5. Аверкин, Н. Г. Динамика электромиографических показателей у больных шейным остеохондрозом / Н. Г. Аверкин // Труды НИИ курортологии и физиотерапии. - М., 1971. - Т. 19. - С. 110-114.
6. Арехтюк, Т. Ф. Миофасциальные болевые синдромы у лиц пожилого возраста : автореф. дис... канд. мед. наук / Т. Ф. Арехтюк. - Казань, 1998. - 33 с.
7. Бабенко, И. Н. Дистрофические уплотнения мягких тканей при остеохондрозе позвоночника у людей различного возраста / И. Н. Бабенко // Патология позвоночника. - Вильнюс, 1977. - С. 142-144.
8. Баженова, В. В. Эффективность лазеротерапии в комбинации с физиотерапевтическими воздействиями / В. В. Баженова, Л. Н. Липина, Н. П. Хвостенко // Новые технологии в неврологии и нейрохирургии. - Самара, 1992. - Кн. 1. - С. 43-44.
9. Гланц, С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц. - М., 1999. - 455 с.
10. Заславский, Е. С. Болевые мышечно-тонические и мышечно-дистрофические синдромы (этиология, патогенез, клиника, лечение) : автореф. дис... д-ра мед. наук / Е. С. Заславский. - М., 1980. - 34 с.
11. Михайлов, В. П. Боль в спине : механизмы патогенеза и саногенеза / В. П. Михайлов. - Новосибирск, 1999. - 208 с.
12. Неймарк, Е. З. Некоторые модификации лечебных методик при затяжных пояснично-крестцовых радикулитах / Е. З. Неймарк, А. Ф. Васильева // Врачебное дело. - 1978. - № 11. - С. 115-118.

Рукопись поступила 15.09.04.