

Темиркулова Ш.А., Арысбаева А.М., Медеуов Д.И., Рахимбаева Р.М.

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

Sh.A. Temirkulova, A.M. Arysbaeva, D.I. Medeuov, R.M. Rakhimbaeva

**EVALUATION OF THE TREATMENT QUALITY OF THE PATIENTS WITH
SUPPORTING-MOTOR APPARATUS PATHOLOGY**

УДК: 616.7- 018.3-002

ТҚА аурушаңдығының құрылымында буындар мен омыртқаның дегенеративті ауруларының кеңінен таралғандығын ескере отырып, біздің жұмысымызда біз остеоартрит пен дорсопатияның емдеу сапасына баға бердік. Буындардың дегенеративті ауруларын емдеу аумағында, қазіргі уақытта белсенді меңгерілген перспективті бағыттарға IL -1 (диацирин) рецепторларының антагонистері мен TNF қолдануды енгізу қажет.

Оцеринді қолдану, үшреттік әсерге ие бола отырып олардан толығымен бас тартқанға дейін, өз кезегінде фармакотерапияның зиянды әсерлерін минимумға дейін төмендетіп ҚҚЕЗ мәлішерін азайту буындар бұзылысының өсуін тоқтатуға мүмкіндік береді.

Considering the greatest prevalence in structure of Disorders of the musculoskeletal system of degenerate diseases of joints and a backbone, in our work we have spent an estimation of quality of treatment of an osteoarthritis (OA) and dorsopatyes. To perspective directions in the field of treatment of degenerate diseases of joints which at the moment are actively studied, it is necessary to carry application of antagonists of receptors IL - 1 (diacerein) and TNF. Possessing threefold action, reception orcerin allows to lower dose antiinflammation up to full refusal of them that in turn reduces to a minimum by-effects of pharmacotherapy and gives the chance to stop progressing of destruction of a joint.

Патология опорно-двигательного аппарата (ОДА) включает широкий круг заболеваний, которые могут возникнуть в результате наследственных, врожденных или приобретенных патологических процессов.

По данным официальной статистики среди заболеваний опорно-двигательного аппарата преобладают дегенеративные болезни (74%) по сравнению с воспалительными, которые составили только 17,7% [1,2]. Эти заболевания, как известно, требуют применения дорогостоящих методов диагностики и длительного, часто пожизненного лечения и значительных затрат на содержание членов общества, из-за болезни утративших возможность трудиться [3]. Все выше сказанное должно определять приоритетное внимание к проблемам болезней ОДА со стороны государственного здравоохранения, органов социальной помощи населения и общественных организаций [3]. Учитывая наибольшую распространенность в структуре заболеваемости ОДА дегенеративных заболеваний суставов и позвоночника, в нашей работе мы попытались дать оценку качества лечения изучаемого контингента

на примере базисной терапии остеоартрита (ОА) и дорсопатий. Чаще всего поражение одного сустава непременно ведет к перегрузке смежных и контралатеральных суставов, позвоночного столба и, следовательно, к развитию сочетанного ОА и остеохондроза [6].

Этиология и патогенез дегенеративных заболеваний суставов, в частности ОА, еще полностью не изучены. Среди этиологических факторов большая роль отводится: дисплазии, функциональной перегрузке, нарушению статики, предшествующим инфекционным процессам, остеоидистрофиям, эндокринные нарушениям.

На ранних стадиях ОА происходит активация хондроцитов, которые усиливают не только синтез коллагена и протеогликанов, но также вырабатывают ряд цитокинов (интерлейкин- 1, фактор некроза опухоли) и ферментов (металлопротеиноз, индуцируемой синтетазы оксида азота, циклооксигеназы), способствующих деградации хряща. В последующем синтетическая функция хондроцитов 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. Это обуславливает значительные нарушения функции суставов [4].

Расширение и углубление представлений о природе заболевания и тонких механизмах его развития, лучшее понимание механизмов суставного повреждения и восстановления привело к пересмотру точки приложения и оценки патогенетической значимости большинства лекарств, применяемых в терапии ОА сегодня, и способствовало развитию новых лекарств, способных замедлять или останавливать прогрессирование заболевания [1].

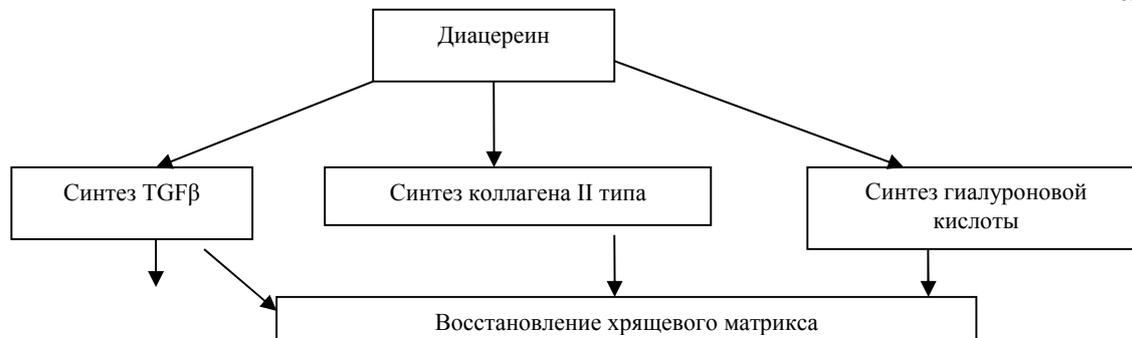
Основная цель лечения ОА заключается в уменьшении боли, улучшении функциональной недостаточности суставов, ограничении прогрессирования заболевания и, в конечном счете, улучшении качества жизни больных.

К перспективным направлениям в области лечения дегенеративных заболеваний суставов и позвоночника, которые в настоящий момент активно изучаются, следует отнести применение инсулиноподобного фактора роста (IGF-1-мощный стимулятор роста хряща), аутологичную

трансплантацию хряща на ранней стадии заболевания, а также химически модифицированных тетрациклинов и пептидных ингибиторов металлопротеиназ, антагонистов рецепторов IL-1 (диацереин) и TNF.

Диацереин (орцерин)- противовоспалительное лекарство без влияния на ЦОГ или липооксигеназу, но эффективное при ОА на моделях животных, обладающее ингибирующим действием на IL-1 (схема 1).

Схема 1



Доказано, что он ингибирует продукцию интерлейкина-1, который способствует дегенерации суставного хряща, стимулируя клетки к выработке протеолитических ферментов и снижая анаболизм хондроцитов, а также уменьшает содержание металлопротеиназ в остеоартрозном хряще человека. Орцерин представляет собой дериват антрахинона, который обладает обезболивающим, антипиретическим и противовоспалительным действием, при этом не подавляет циклооксигеназу или липооксигеназу.

Целью нашего исследования было изучение эффективности и безопасности орцерина у больных с дегенеративными заболеваниями суставов и позвоночника.

Материалы и методы исследования:

Нами в исследование было включено 30 амбулаторных больных с достоверным диагнозом ОА коленных и тазобедренных суставов и имеющейся сопутствующей дорсопатией, длительностью заболевания не менее 5 лет, из них 8 (26,7%) мужчин и 22 (73,3%) женщин в возрасте от 42 до 65 лет. В исследование были включены больные со II (78,8%) и III (22,2%) рентгенологической стадией гон- или коксартроза по Kellgren-Lawrence, с выраженным болевым синдромом (по шкале ВАШ). Диагноз ОА был установлен на основании критериев Американского ревматологического колледжа (ACR, 1987). Набор больных осуществлялся в соответствии с общепринятыми критериями включения и исключения больных в исследование. Основанием для продолжения анальгетической терапии являлись: интенсивность боли при ходьбе более 30 м и более по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и ограничение функции сустава, функциональный индекс WOMAC ≥ 150 мм [5]. В течение первого месяца орцерин назначался в суточной дозе 50 мг в основном в вечернее время до привыкания к препарату. Затем пациенты получали препарат в дозе 100 мг в сутки (по 2 капсулы в день в

течение 5 месяцев). Наряду с препаратом орцерин больные принимали НПВС, в основном это были таблетированные формы диклофенака в суточной дозе 100 мг в сутки. Больным в условиях лаборатории стационара проводилось клиническое исследование: осмотр ревматолога, общие и биохимические анализы крови, анализ мочи, рентгенография суставов.

Эффективность лечения ОА оценивали по динамике суставного синдрома с использованием ВАШ и индекса WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index) до лечения и через 6 месяцев.

Результаты исследования: Болевой синдром по ВАШ в покое составлял около 4, при активных движениях в суставе достигал 7 у отдельных больных, и в среднем составил 5,44. Припухлость определялась только у больных с гонартрозом, экссудативные изменения были выражены от 1 до 3 баллов, в среднем в группе они составили 2,26 балла. Индекс WOMAC исследовался в трех категориях: боль, ограничение подвижности и затруднения в выполнении повседневной деятельности. Болевой синдром по индексу WOMAC составлял в среднем 28,7, ограничение подвижности больные оценили в среднем в 11,6, а затруднения в повседневной деятельности в 24,1. На фоне проводимого лечения орцерин, отмечалась хорошая положительная динамика клинического течения ОА. У больных достоверно уменьшился болевой синдром, как по ВАШ, так и по индексу WOMAC, значительно увеличилась подвижность активных движений в суставах, уменьшились затруднения в выполнении повседневных функций.

По мнению больных, значительное улучшение отметили 6 (20%) больных, в этой подгруппе все больные страдали гонартрозом II стадии, улучшение отметили 20 (66,7%) пациентов, состояние без перемен наблюдалось у 3 (10%) пациентов, в основном, это пациенты женского

пола старше 60 лет с сочетанными гонартрозами и коксартрозами III стадии и с длительностью заболевания более 10 лет, у 1 (3,3%) пациентки на 6-м месяце лечения, на фоне улучшения самочувствия появилась аллергическая сыпь на внутренней поверхности предплечья, эта пациентка включена в группу с улучшением. Послабление стула и перистальтические боли наблюдались у 11 (36,7%) пациентов, в основном, в первые недели приема препарата и в отмене не нуждались, только одному пациенту пришлось уменьшить дозу препарата до 50 мг и на 2м, и 3м месяце приема препарата, т.к. послабление стула вызывало у него беспокойство. Все это время больной принимал параллельно мовалис в дозе 7,5 мг в сутки. Лишь одной пациентке на 20 день приема препарата мы вынуждены были отменить орцерин из-за выраженных кишечных расстройств, условно мы расценили состояние этой пациентки как ухудшение (3,3%). В исследуемой группе нуждались в продолжении назначения НПВС 4 (13,3%) пациента, остальным пациентам в среднем через 6 недель НПВС были отменены. 6 (20%) пациентов в силу различных причин принимали препарат орцерин в виде монотерапии и в НПВС не нуждались. По мнению врачей, улучшение клинического течения ОА отмечалось у 92% больных.

Выводы: Таким образом, в исследуемой группе орцерин оказывал хорошее обезболивающее и противовоспалительное действие у больных ОА крупных суставов и суставов позвоноч-

ника, ощутимо уменьшал его клинические проявления, т.е. болевой синдром и скованность, улучшал подвижность суставов и качество жизни больных в целом. Обладая тройным действием (НПВС, ГКС и хондропротекторов), прием орцерина позволяет снизить дозу НПВС вплоть до полного отказа от них, что в свою очередь снижает до минимума побочные эффекты фармакотерапии и дает возможность остановить прогрессирование разрушения сустава.

Литература:

1. Верткин А.Л., Талибов О.Б. Лечение остеоартроза: роль хондропротекторов. Леч. Врач 2000. 9: 4-6.
2. Насонова В.А., Фоломеева О.М. Медико-социальные проблемы хронических заболеваний суставов и позвоночника. Тер. арх. 2000; 72 (5): 5-8.
3. Priolo F. Bone and joint imaging in rheumatic and orthopedic diseases. Milan: GPAnet S. r. L.- Via Agudio; 2002. 59-182.
4. О.М. Фоломеева, Ш.Ф. Эрдес, В.А. Насонова. Ревматические заболевания у населения Российской Федерации в начале XXI века. Тер. арх. 2007; 12: 5-12.
5. Майко О.Ю., Багирова Г.Г. Функциональные индексы при оценке эффективности лечения гонартроза препаратами структур и хондролон. Тер. архив. 2006; 6: 47-52.
6. Felson DT Goggins J Nin J et al. The effect of body weight on progression of knee osteoarthritis is dependent on alignment. Arthr. And Rheum. 2004; 50 (12): 3904-3909.

Рецензент: д.м.н. Муканбетова Г.А.