

сердечно-сосудистых заболеваний. М., 2005. – С. 293-315; **5.** Голиков А.П., Полумисков В.Ю., Михин В.П. и др. Метаболический цитопротектор в терапии стабильной стенокардии напряжения // Агрокурорт, – 2005. – №2. – С.13-204; **6.** Михин В.П., Хлебодаров Ф.Е. Перспективы применения милдроната у больных с сердечно-сосудистой патологией. Российский кардиологический журнал, 2010; 84 (4): 158-168; **7.** Дзерве В.Я., Поздняков Ю.М. Динамика толерантности к физической нагрузке у пациентов с ишемической болезнью сердца и периферических артерий на фоне длительной терапии милдронатом. Российский кардиологический журнал, №1 (87), 2011.

Т Ы Ж Ы Р Ы М

ЖИА ЕМДЕУДЕ МИЛДРОНАТТЫ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Г.Ж. Уменова

Қалалық кардиологиялық орталық, Алматы қ.

Тұрақты стенокардияның емдеу кезіндегі жаңа әдістерді мінсіздендіру және ойластыру стратегиялық амалдардың маңыздыларының бірі болып табылады.

Кезінде дәлелдемелі медицинада талас тудырған цитопротекторларды қолдану қазіргі таңда көптеген ғалымдардың қолдауына ие болды. Клиникалық мәліметтерді сараптау тұрақты стенокардиясы бар науқастарға бір ай бойы базисті терапия құрамында милдронатты қолдану стенокардия ұстамаларының жиілігінің азаюына және нитроглицеринге қажеттіліктің төмендеуіне септігін тигізеді.

S U M M A R Y

EXPERIENCE IN APPLICATION OF MILDRONAT IN CORONARY HEART DISEASE

G.Zh. Umenova

Citycardiological center, Almaty c.

Improvement and development of new approaches in the treatment of stable angina – one of the important strategic objectives. Using cytoprotectors that have recently been challenged evidence-based medicine, is recognized at the present time the majority of researchers. Clinical data shows that the use of mildronate in the basic therapy for one month in patients with stable angina reduces the frequency of angina attacks and reduces the need for nitroglycerin.

РЕВМАТОЛОГИЯ

ХОНДРОИТИНСУЛЬФАТ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

О.Н. ЕРЖАНОВ, Д.С. АЛИХАНОВ, А.А. ТУРЕКУЛОВА

Государственный медицинский университет, г. Караганда,

Центральная городская больница, г. Алматы

Остеоартроз – гетерогенная группа заболеваний разной этиологии, имеющих сходные биологические, морфологические и клинические исходы, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава (суставного хряща, субхондральной кости, связок, капсулы, синовиальной мембраны и периапартулярных мышц).

Болезни костей и суставов имеют большую распространенность и имеют тенденцию к удвоению к 2020 г. Среди заболеваний суставов наибольшее распространение получил остеоартроз (ОА) коленных суставов. Причиной возникновения ОА коленных суставов являются старение, ожирение, наследственность, травмы, генетические, профессиональные и бытовые факторы. ОА коленных суставов приводит к физической нетрудоспособности, обусловленной болью и ограничением функциональной активности суставов, снижает качество жизни и повышает риск развития тромбозомболических осложнений и смертности. Имеются исследования, свидетельствующие о том, что признаки заболевания выявляются у 90% людей старше 50 лет.

Наиболее яркими клиническими проявлениями и последствиями остеоартроза являются боль и нарушение функции сустава, которые вынуждают больного сократить физическую активность. Основная цель лечения ОА заключается в уменьшении боли, улучшении функциональной способности суставов, ограничении прогрессирования заболевания и, в конечном счете, улучшении качества жизни больных. Вместе с тем лечение ОА до сих пор остается сложной проблемой, поскольку рассчитано на длительный срок и, помимо фармакологических средств, включает целый комплекс немедикаментозных мероприятий, выполнение которых возможно только при грамотном обучении больных.

В феврале 2008 г. опубликованы рекомендации по лечению ОА коленных и тазобедренных суставов, созданные американскими и европейскими учеными, в которых изменения коснулись назначения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), а именно, рекомендовано применение селективных и неселективных НПВП в минимальных дозах и коротким курсом. У пациентов старших возрастных групп в связи с наличием сердечно-сосудистых заболеваний назначение НПВП регламентируется. Разделы, касающиеся других лекарственных препаратов, принципиально не изменились по сравнению с рекомендациями EULAR 2003 г., но впервые было отмечено наличие возможного структурно-модифицирующего действия у препаратов замедленного действия. Эта группа препаратов, относящаяся к SYSADOA (SYSADOA – symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis), привлекает к себе внимание и их высокой безопасностью.

Хондроксид – препарат поставляемый в Казахстан фирмой Штада-Нижфарм в виде таблеток, капсул, 5% геля и 5% мази. Гель и мазь представляют собой уникальную комбинацию из двух веществ – хондроитинсульфата (5%) – 50 мг и диметилсульфоксида (ДМСО, 10%) 100 мг.

Диметилсульфоксид оказывает противовоспалительное, анальгетическое и фибринолитическое действие, способствует проникновению хондроитина через клеточные мембраны и его поступлению в периапартулярные ткани, мышцы и полость сустава.

ХС получают из хрящевой ткани крупного рогатого скота. Хондроитин сульфат является хондропротектором комплексного действия:

- обладает высокой тропностью к хрящу
- усиливает структуру хрящевой ткани
- стимулирует синтез хрящевой ткани

- угнетает деструкцию хрящевой ткани
- ингибирует свободные радикалы, разрушающие хрящ и коллаген
- увеличивает продукцию внесуставной жидкости
- улучшает фосфорно-кальцевый обмен в хрящевой и костной ткани
- снижает потерю Са костями
- способствует поддержанию нормального остеогенеза
- уменьшает боли в суставах
- увеличивает подвижность суставов.

Многочисленные исследования, проведенные по ХС, показали обоснованность его включения в основные протоколы ведения больных с остеоартрозом и полное соответствие применения препарата принципам доказательной медицины.

Исследование проводилось на базе ТОО «МСЧ» Шахтер Испат-Кармет», где проходят лечения шахтеры Карагандинского региона. В связи с тяжелыми условиями труда частота развития остеоартроза у данной группы работников очень высокая.

В исследование были взяты пациенты с ОА коленных суставов, получавшие стационарное лечение в ноябре-декабре 2011 года, с последующим наблюдением в течение января-марта в амбулаторных условиях. Всего 28 человек.

Основная группа пациентов – 18 человек, контрольная – 10 человек.

Средний возраст больных в основной группе составил 45,7 года, в контрольной 46,5 года. Мужчин среди исследованных пациентов было 22 (12 в основной группе и 10 в контрольной), женщин – 6 (4 и 2, соответственно). Длительность заболевания от 2 до 11 лет (средняя 6,3 года). У всех обследованных наблюдались периаартриты суставов, реактивные синовиты. Рентгенологическая стадия 2 – 10 (45,5%), 1- 12 (54,5%). Нарушение функции движения не превышало 1-2 степени. Исследование проводилось с использованием показателей: счет боли, суставной индекс, индекс боли, индекс припухлости, индекс функции движения.

Таким образом, из представленных материалов видно, что исследуемые группы пациентов были сопоставимы по основным характеристикам.

Все больные получали традиционную терапию, включавшую НПВП, сосудистые препараты и хондропротекторы. Пациенты основной группы получали Хондроксид гель наружно и Хондроксид таблетки.

Гель применялся в виде наружного нанесения на кожу пораженных суставов тонким слоем 3 раза в день с легким последующим растиранием до полного впитывания (как правило, гель очень хорошо впитывался в течение 1-2 минут). Гель назначался в клинике на все время стационарного лечения (от 6 до 12 дней). Хондроксид таблетки по 2 таблетки (500 мг) 2 раза в день.

Периаартриты суставов и реактивные синовиты были купированы на госпитальном этапе – в основной группе нахождение в стационаре было короче на 4 дня. Уже через 1 мес лечения больные отмечали незначительную, но достоверную положительную динамику амплитуды движения, значительное уменьшение болей.

Достоверное улучшение отмечено через 3 мес терапии и нарастало весь период лечения, после окончания приема Хондроксида положительная динамика продолжала нарастать, чего не было отмечено в контрольной группе. Эти данные свидетельствуют о высокой эффективности комплексной терапии ОА с применением препарата Хондроксид гель + Хондроксид таблетки.

Через 3 месяца терапии значительное улучшение отмечено у 14 пациентов основной группы, улучшение

состояния отметили 3 пациента, без изменений у 1 пациента.

Переносимость препарата была отличной. Ни в одном случае мы не отметили случаев раздражения кожи, аллергических или иных неблагоприятных реакций на прием Хондроксида.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что применение препарата Хондроксид в виде 5% геля + Хондроксид таблетки положительно сказывается на состоянии больных, страдающих остеоартрозом коленных суставов, приводит к существенному улучшению функциональной способности пациентов и повышает их приверженность лечению.

Выводы

Применение препарата Хондроксид положительно сказывается на состоянии больных, страдающих остеоартрозом коленных суставов, приводит к существенному улучшению функциональной способности пациентов, повышает их приверженность лечению и сокращает сроки стационарного лечения.

Применение препарата Хондроксид продемонстрировало быстрое наступление анальгетического эффекта, явное противовоспалительное действие при длительном приеме таблетированной формы, улучшение функционального состояния больных и их качества жизни, сохранение (или нарастание) эффекта после окончания лечения. Сочетание разных лекарственных форм препарата (гель или мазь + таблетки) позволит более длительно непрерывно и эффективно проводить терапию больных.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Kuttner K, Goldberg VM. Osteoarthritis disorders. Rosemont: American Academy of Orthopedic Surgeons, 1995;
2. EULAR Recommendations 2003. Ann Rheuma Dis 2003; 62: 1145-55;
3. Насонов Е.Л. Современные направления фармакотерапии остеоартроза. Consilium Medicum 2001; 3 (9);
4. McAlidon TE, LaValley MP, Gulin JP, Felson DT. Glucosamine and chondroitin for treatment of osteoarthritis: a systematic quality assessment and meta-analysis. JAMA 2000; 283: 1469-75;
5. Morreale P, Manopulo R, Galati M et al. Comparison of anti-inflammatory efficacy of chondroitin sulphate and diclofenac sodium in patients with knee osteoarthritis. J Rheumatol 1996; 23: 1385-91;
6. Чичасова Н.В. Место медленнодействующих препаратов в рациональной терапии деформирующего остеоартроза. Consilium Medicum, 2005; 7 (8): 634-8;
7. Алексеева Л.И. Современные подходы к лечению остеоартроза. РМЖ. 2003; 11 (4): 201-5;
8. Голубев Г., Кригштейн О. Оценка доказательности эффективности средств, претендующих называться «структурно-модифицирующими препаратами». Междун. журн. мед. практики, 2005; 2;
9. Берглезова М.А. и др. Комплексное лечение больных с тяжелыми нарушениями функции нижних конечностей в амбулаторных условиях. Пособие для врачей. М., 1999;
10. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний. Под общ. ред. В.А. Насоновой, Е.Л. Насонова; 11. Сороцкая В.Н., Кузнецова Е.В., Сальникова Т.С. и соавт. Опыт применения магнитофореза мази «Хондроксид» у пациентов с остеоартрозом крупных суставов. Научн.-практич. ревматол., 2007; 2;
12. Терешина Л.Г., Широков В.А., Кузнецова Т.Г. и др. Лечение больных остеоартрозом с применением фонофореза хондроксида – хронобиологические аспекты. Материалы VII Международной конференции. Ставрополь, 2005.

Т Ж Ы Р Ы М

ТІЗЕ БУЫНДАРЫНЫҢ ОСТЕОАРТРОЗЫН ЕМДЕУДЕГІ ХОНДРОИТИНСУЛЬФАТ

О.Н. Ержанов, Д.С. Алиханов, А.А. Турекулова

*Қарағанды мемлекеттік медициналық университеті, Қарағанды қ.,
Орталық қалалық аурухана, Алматы қ.*

«Шахтер Испат-Кармет» МСБ» клиникасында Қарағанды аймағының 28 кеншісіне ем жүргізілді. Науқастардың негізгі тобы – 18 адам, бақылау тобы – 10 адам. Бар науқастар стероидті емес қабынуға қарсы препараттар кіретін дәстүрлі терапия, қан тамыр препараттары мен хондропротекторлер алды. Негізгі топтың науқастары сыртқа арналған Хондроксид гель және Хондроксид таблеткаларын қабылдады.

Хондроксид препаратының қолданылуы тізе буындарының остеоартрозымен ауыратын науқастардың жағдайына жағымды әсер етеді, науқастардың функциональдық қабілеттерінің маңызды жақсаруына келтіреді де стационарлық емнің мерзімін азайтады. Хондроксид препаратының қолданылуы анальгетикалық күшті әсердің жылдам басталуын, ұзақ мерзім таблетка түрінде қабылдауының анық қабынуға қарсы әрекет ететінін, науқастардың функциональдық жағдайы мен өмір сапасының жақсаруын, ем нәтижесінің емдеуден кейін сақталуын (немесе күшеюін) көрсетті. Препараттың әр түрлі дәрілік қалыптарының бірге қолдануы (гель, май + таблеткалар) сырқат адамдарға терапияны ұзақ, үздіксіз және тиімді жүргізуге мүмкіндік береді.

SUMMARY

CHONDROITIN SULFATE DURING THE TREATMENT OF OSTEOARTHRITIS OF KNEE JOINTS

*O.N. Yerzhanov, D.S. Alikhanov, A.A. Turekulova
Karaganda State Medical University, Karaganda c.,
Central city hospital, Almaty c.*

At the clinic, «MSU» Shakhter Ispat-Karmet» were treated 28 miners of Karaganda region. The main group of patients – 18 men, the control – 10 people. All patients received conventional therapy, which included non-steroidal anti-inflammatory drugs, cardiovascular drugs and chondroprotectors. Patients of the group received Hondroksid gel topically and Hondroksid pills.

Use of the drug Hondroksid positive impact on the patients suffering from osteoarthritis of the knee, resulting in significant improvement in functional capacity of patients, increasing their commitment to treatment and shortens hospitalization. Use of the drug Hondroksid demonstrated rapid onset of analgesic effect, a clear anti-inflammatory effect in chronic administration of tablet formulation, improved functional status of patients and their quality of life, the preservation (or increase) the effect after treatment. The combination of different drug dosage forms (gel or cream + pills) will allow more long-term continuous and effective the therapy of patients.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТОТЕРАПИИ И УЛЬТРАФОНОФОРЕЗА КРЕМОМ ДОЛГИТ В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Л.В. КРАВЕЦ

Поликлиника №1, г. Костанай

Остеоартроз (ОА) – самое частое заболевание суставов, которым страдает не менее 20% населения планеты. В зарубежной литературе вместо термина «остеоартроз» нередко используют более адекватный термин «остеоартрит», подчеркивающий важную роль воспалительного компонента в развитии и прогрессировании заболевания. Комплексная терапия заболеваний суставов включает в себя локальное применение нестероидных противовоспалительных средств, таких как Долгит в форме крема. Это единственный препарат, который объединил ибупрофен и кремовую основу. Он воздействует на основную причину клинических проявлений ОА – воспаление. Помимо медикаментозной терапии в лечении ОА с успехом используются физиотерапевтические методы.

Целью настоящего исследования – изучение эффективности совместного применения магнитотерапии и ультрафонофореза кремом Долгит.

Под нашим наблюдением находилось 52 пациента с остеоартрозом коленных суставов с рентгенологической стадией от I до III в возрасте от 44 до 58 лет. Большую часть пациентов 48 (92,3%) составляли больные первичным ОА, и лишь у 4 пациентов (7,7%) был посттравматический остеоартроз. Пациенты были рандомизированы в две группы: основную и контрольную по 26.

Все пациенты до и после лечения были обследованы с использованием 2-х международных тестов:

1. Оксфордская шкала для коленного сустава, состоящая из 12 пунктов. Она характеризует выраженность болевого синдрома и возможность выполнения нагрузок. Нормальным показателем является сумма в 12 баллов. При наличии ОА сумма баллов увеличивается до 60.

2. Шкала оценки коленного сустава, состоящая из 7 пунктов (по J. N. Insall). Она характеризует болевой синдром и функциональное состояние, нормальный показатель 100 баллов, при наличии ОА снижается до «0».

Всем пациентам до и после лечения проводилось измерение амплитуды движений в коленном суставе в градусах.

Пациентам основной группы была назначена магнитотерапия от аппарата «Полюс-2» с использованием индукторов солениоидов в непрерывном режиме Ч-50 Гц; ток синусоидальный, интенсивность III-IV, длительность процедуры 20 минут ежедневно №10 с последующим проведением безинтервенционного №10 ультрафонофореза кремом Долгит от аппарата «УЗТ-1.07-Ф» на область суставов в непрерывном режиме 0,7 ВТ/кв. см по 7 мин на каждый сустав ежедневно №10 на курс лечения.

Применение магнитотерапии позволяет изменить эпителиальную проницаемость, ускорить рассасывание отека, увеличить проникновение лекарственных веществ, вводимых методом ультрафонофореза. Пациенты контрольной группы получали лечение только ультразвуком.

По окончании лечения все пациенты проходили контрольное обследование с использованием описанных выше международных тестов.

Результаты и обсуждение

После проведенного лечения с использованием магнитотерапии в сочетании с ультрафонофорезом кремом Долгит у всех пациентов отмечалась достоверная положительная динамика состояния: