

УДК 616.7/54.18

М.К. АБЕЕВ

Городская клиническая поликлиника №20, г. Алматы

## ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ХОНДРОКСИД В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПРИ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

*В данной статье рассматривается применение хондрооксида в комплексной терапии больных при заболеваниях соединительной ткани, коллагенозах, васкулитах, болезнях суставов. Хондрооксид в лечении болевого синдрома дает терапевтический результат, исчезновение боли и улучшение качества жизни.*

**Ключевые слова:** заболевание хрящевой и соединительной ткани, синовииит, васкулит, ревматоидный артрит, хондроитина сульфат.

**Х**ронические заболевания соединительной ткани проявляются главным образом прогрессирующим воспалением суставов. Несмотря на определенные успехи медицинских лечебно-диагностических технологий, эти заболевания в странах СНГ имеют тенденцию к росту [1].

Проблема системного заболевания соединительной ткани весьма актуальна, ибо эта патология наблюдается у среднего возраста и лиц молодого работоспособного возраста. К сожалению, в большинстве случаев поражение соединительной ткани выявляется при случайном обследовании по поводу различных заболеваний. Несмотря на отсутствие ярких проявлений, заболевания соединительной ткани опасны из-за тенденции к прогрессированию [2].

Наиболее распространенная иммуно-генетическая теория иммунной системы ревматоидного артрита, предполагающая наличие генетически обусловленного дефекта иммунной системы. Связь с аутоиммунными нарушениями, в первую очередь с ревматоидным факторами (антителами к иммуноглобинам) и иммунокомплексными процессами, которые приводят к развитию синовииита, а в ряде случаев генерализованного васкулита. Деформацию суставов при ревматоидном артрите связывают с образованием и разрастанием в синовиальной оболочке грануляционной ткани, которая постепенно разрушает хрящ и субхондральные отделы костей, а затем и костного анкилоза [3].

Прогноз в отношении заболеваний соединительной ткани не так уж безнадежен, особенно при условии своевременной адекватной противовоспалительной и метаболической терапии. Кроме того, заболевания соединительной ткани, как правило, сопровождаются выраженными расстройствами метаболизма, белково-синтетической функции печени, нарушением жирового и углеводного обменов.

Однако необходимо признать, что проблема лечения многих болезней соединительной ткани далека от разрешения, а сам лечебный процесс при этих заболеваниях зачастую и в отдельных случаях вызывает у врачей чувство отчаяния.

Хотя на фармацевтическом рынке представлено обилие обезболивающих и противовоспалительных препаратов, тормозящих разрушение хрящевой и соединительной ткани и стимулирующих восстановление хрящевой ткани, ни один из них в полной мере не способен решить все задачи в терапии коллагенозов. Поэтому для повышения ее эффективности эти средства часто применяют в различных комбинациях.

Клинический опыт показывает, что заболевания хрящевой и соединительной ткани проявляются стойким артритом (обычно полиартритом) с ранним и предпочтительным вовлечением пястно-фаланговых, проксималь-

ных межфаланговых и плюсне-фаланговых суставов. В принципе могут поражаться практически все периферические суставы. Характерны ощущение утренней скованности, боль, припухлость суставов, гиперемия тканей над ними, симметричность артрита. Типично постепенное или подострое начало болезни с волнообразными колебаниями выраженности симптомов, медленным, но неуклонным прогрессированием артрита, вовлечением все новых суставов.

Иногда ревматоидный артрит длительное время может проявляться моноартритом крупного, чаще коленного сустава. Известен также вариант острого начала болезни, при котором, помимо поражения суставов, отмечают высокую лихорадка и внесуставные проявления (серозиты, кардит, гепатолиенальный синдром и т.д.) [4].

Развернутая стадия болезни характеризуется деформирующим артритом. Особенно типичны деформации пястно-фаланговых (сгибательные контрактуры, подвывихи) и проксимальных межфаланговых суставов (сгибательные контрактуры), так называемая ревматоидная кисть, плюсне-фаланговых суставов (молоточковидная форма пальцев, их подвывихи, плоскостопие), составляющие понятие ревматоидные стопы.

Лечение при отсутствии внесуставных проявлений начинают с подбора нестероидных противовоспалительных средств: ибупрофен в дозе 1200-400 мг/день, индометацин (100-150 мг/сут), вальтарен (100-150 мг/сут.), их принимают длительно. Одновременно в наиболее пораженные суставы вводят кортикостероидные препараты (гидрокортизон, кеналог). Кортикостероиды внутрь при отсутствии внесуставных проявлений необходимо назначать как можно реже. Обычно лишь при выраженных болях в суставах, не купирующихся нестероидными противовоспалительными препаратами и внутрисуставным введением кортикостероидов, в небольших дозах (преднизолон, гидрокортизон, дипроспан) на небольшой срок и в сочетании с базисными средствами, позволяющими впоследствии уменьшить дозу гормонов и полностью их отменить. Кортикостероиды абсолютно показаны при наличии высокой лихорадки, генерализованного васкулита. Иммунодепрессанты являются препаратами выбора при наличии ярких внесуставных проявлений.

В комплексной терапии при лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов и позвоночника (остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава, спондилоартроза, остеохондроза, остеопороза, хейроартропатии) хорошо зарекомендовал себя препарат хондрооксид. Основным действующим веществом комплексного препарата хондрооксид является хондроитин сульфат, который выделяют из хрящевой ткани трахеи крупнорогатого скота. Это вещество влияет на фосфорно-кальциевый обмен в хрящевой ткани, за-

медляет резорбцию костной ткани, тормозит процесс дегенерации хрящевой ткани, препятствует уплотнению соединительной ткани и играет роль дубликанта суставных поверхностей [4]. Нормализует продукцию суставной жидкости, улучшает подвижность суставов, необходим для воспроизведения основного вещества костной и хрящевой ткани. Хондроитин сульфат защищает хрящ от повреждений и способствует ресинтезу его матрикса. При применении препарата замедляется прогрессирование остеопороза, нормализуется обмен гиалина, он стимулирует регенерацию суставного хряща, уменьшает выраженность воспаления и боли в пораженных суставах, улучшает качество жизни больного.

Цель исследования – оценка эффективности препарата Хондроксид в комплексной терапии больных при системных заболеваниях соединительной ткани.

#### Материал и методы

В ходе проводимого комплексного лечения в амбулаторных условиях, в период с января по декабрь 2012 г. наблюдались больные, васкулитом коленных, тазобедренных суставов и мелких суставов кистей (дистальные и проксимальные). Всего 21 пациент, из которых 8 мужчин и 13 женщин в возрасте от 53 до 69 и старше. Наличие заболевания у пациентов установлено на основании объективных методов, рентгенологических исследований, некоторые из них ранее обследовались в условиях Городского ревматологического центра г. Алматы. У всех пациентов через 6 месяцев лечения отмечалось достоверное уменьшение боли. Оценка эффективности лечения проводилась по общепринятым на сегодняшний день критериям оценки лечения врачом и пациентом.

#### Результаты и обсуждение

Для анализа степени функциональной способности коленных и тазобедренных суставов применялся индекс Лейкена. Уровень боли можно было оценить как умеренный у 8 пациентов и выраженный у остальных больных. Средняя оценка боли по ВАШ составила  $6,04 \pm 1,42$  балла.

Все пациенты применяли внутрь хондроксид таблетки в дозе 0,5 г 2 раза в сутки в течение 6 мес. Следует учесть, что терапевтическое действие препарата сохраняется в течение 3-5 месяцев после его отмены в зависимости от локализации и стадии заболевания. При необходимости возможно проведение повторных курсов лечения, продолжительность которых определяется индивидуально.

После окончания курса применения хондроксида проводили повторную оценку перечисленных параметров. Наиболее заметно изменялись показатели боли и скованности: достоверно снизилась средняя оценка боли по ВАШ, показатели индекса Лекена достоверно уменьшились на 2 ступени: от резко выраженной до выраженной. Потребность в приеме НПВП у 17 (80%) пациентов, принимавших их исходно, снизилась в 1,5 раза; 4 (19%) пациента отказались от приема НПВП, а 6 (28%) перешли к эпизодическому приему обезболивающих препаратов.

#### Выводы

Применение хондроксида внутрь обеспечивает более быстрое насыщение организма хондропротекторами, а также более выраженным клиническим эффектом. В результате лечения у всех пациентов достоверно уменьшились боль и скованность в пораженных суставах, улучшилось их функциональное состояние, что позволило снизить дозу, а иногда и полностью отменить принимаемые больными НПВП. Препарат хондроксид обладает хорошей переносимостью и высокой безопасностью, является одним из эффективных хондропротекторов, и его применение занимает важное место в комплексной терапии ОА коленных суставов.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дворецкий Л.И. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний: руководство для практикующих врачей. – М.: ЛитТерра, 2003. – 976 с.
2. Алексеева Л.И. Современные подходы к лечению остеоартроза // РМЖ. – 2003 г. – Т 11, № 4. – С. 201-205
3. Martel-Pelletier J, Lajeunesse D, Pelletier JP; Etiopathogenesis of osteoarthritis. In Arthritis and Allied Conditions // A Textbook of Rheumatology. – Edited by; Koopman WJ, Moreland LW, Baltimore; Lippincott, William Wilkins; 2005. – P. 2199-2296
4. Носонова В.А., Алексеева В.И., Архангельская Г.С. и др. Хондроитин сульфат при лечении остеоартроза: патогенетическое обоснование и клиническая эффективность // Терапевтический архив. – 2001. – № 11. – С. 87-89

#### Т Ъ Ж Ы Р Ы М

**М.К. АБЕЕВ**

*№20 қалалық клиникалық емхана, Алматы қ.*

#### **ХОНДРОКСИД ДӘРІСІН ҚОСУ ТКАНЬДАРЫНЫҢ ЖҮЙЕЛІК АУРУЛАРЫ КЕЗІНДЕ НАУҚАСТАРДЫ КЕШЕНДІК ЕМДЕУДЕ ҚОЛДАНУ**

Қосу тканьдарының созылмалы аурулары негізінде буындардың ілгеріндік қабынуымен пайда болады.

Зерттеудің мақсаты – Хондроксид дәрісін қосу тканьдарының жүйелік аурулары кезінде науқастарды кешендік емдеуде қолданудың тиімділігін бағалау.

**Материал мен әдістер:** 2012 жылдың қаңтары мен желтоқсаны арасында тізе, жамбас-сан буындарының және білектің кішкентай буындарындағы васкулиті бар 21 науқас қаралды. Барлық науқастарда емдеудің 6 айынан кейін аурудың елеулі азаюы байқалды. Емдеу тиімділігін бағалау бүгінгі таңдағы бағалаудың ортақ қабылданған өлшемдері, дәрігермен және науқаспен емдеу бойынша жүргізілді.

**Нәтижелер мен талқылау:** Тізе және жамбас-сан буындарының функционалдық қабілеттілігінің дәрежесінің сараптамасы үшін Лейкен индексі қолданылды. Аурудың дәрежесін 8 науқаста баю және науқастардың қалғандарында айқын деп бағалауға болады. ВАШ бойынша аурудың орташа бағасы  $6,04 \pm 1,42$  балды құрады. Науқастардың барлығы Хондроксид таблеткаларын тәулігіне 2 рет 0,5 граммнан 6 ай ішінде қабылдады. Қажеттілікке байланысты емдеу курсы қайталанды да. Курс аяқталғаннан кейін ауру мен қақсаудың көрсеткіштерінің қайталама бағасы жүргізілді, Лекен индексінің көрсеткіштері 2 сатыға анық азайды.

**Шешімдер:** Хондроксидті ішке қабылдау ағзаның хондропротекторлармен жылдам қануын қамтамасыз етті. Дәріні қабылдау тізе буынының ОА кешендік емдеу кезінде маңызды орынға ие.

**Негізгі сөздер:** *шеміршек және қосу тканьдарының аурулары, синовиит, васкулит, ревматоидтық артрит, хондроитин сульфаты.*

#### S U M M A R Y

**M.K. ABEYEV**

*City clinical hospital No.20, Almaty c.*

#### **USE OF THE DRUG CHONDROXIDE IN THE COMPLEX THERAPY OF PATIENTS IN SYSTEMIC CONNECTIVE TISSUE DISEASES**

Chronic connective tissue diseases occur mainly as progressive inflammation of joints.

The aim of the study was to assess the effectiveness of the drug "Chondroxide" in the complex therapy of patients with systemic connective tissue diseases.

**Material and methods:** 21 patients with vasculitis of knee joints, hip joints and small joints of the hands were observed during the period from January to December 2012. The presence of the disease in patients was determined on

the basis of objective methods, X-ray examinations. In all the patients after 6 months of treatment, there was a significant reduction in pain. The assessment of the effectiveness of the treatment was conducted according to the generally accepted current assessment criteria of the treatment by the doctor and patient.

**Results and discussion:** Lequesne index was used to analyze the degree of functional ability of the knee and hip joints. The level of pain could be assessed as moderate in 8 patients and severe in the rest of the patients. The average pain score on the VAS was  $6,04 \pm 1,42$ . All the patients took the tablets of Chondroxide orally at the dose of 0.5 g, 2 times a day

for 6 months. The courses of treatment repeated, if required. After the completion of the course, the pain and stiffness were reassessed: a decreased average pain score on the VAS was determined, Lequesne index figures significantly decreased by 2 points.

**Conclusions:** Oral use of Chondroxide provides a faster saturation of the body chondroprotectors. The use of the drug has an important place in the complex therapy of osteoarthritis of the knee.

**Key words:** disease of cartilaginous and connective tissues, synovitis, vasculitis, rheumatoid arthritis, chondroitin sulfate.

## ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

Проф. И.В. МАЕВ<sup>1</sup>, проф. А.А. САМСОНОВ<sup>1</sup>, д.м.н. А.О. БУЕВЕРОВ<sup>2</sup>, С.А. КОЧЕТОВ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>МГМСУ, <sup>2</sup>ММА имени И.М. Сеченова

### МЕСТО ПРОКИНЕТИКОВ В ПОСЛЕДНИХ АЛГОРИТМАХ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ

*Статья посвящена вопросам диагностики функциональной диспепсии, возникающие в результате нарушений процессов моторной активности желудочно-кишечного тракта. Обсуждаются актуальные вопросы патогенеза, дифференциальной диагностики диспепсических проявлений функционального и органического генеза, описываются современные подходы к терапии. Особое внимание уделено роли прокинетики в коррекции диспепсических явлений, их месту в современных международных рекомендациях, приводятся современные схемы, алгоритмы диагностики и терапии указанной патологии и ее рефрактерных форм.*

**Ключевые слова:** диспепсия, функциональная диспепсия, гастрит, прокинетики, Ганатон.

**Р**анее под понятием «диспепсия» (диспепсический синдром), от греческого – «плохое пищеварение», понимался комплекс симптомов, свидетельствующий о нарушении пищеварительной функции желудка (желудочная диспепсия) или кишечника (кишечная диспепсия). В настоящее время понятие функциональная диспепсия (ФД) приобрело несколько иной смысл, смысл нозологической единицы, функционального заболевания ЖКТ, получившей в МКБ 10 шифр К 30 – Диспепсия.

Вопрос о функциональных заболеваниях ЖКТ имеет богатую историю, знающую периоды и расцвета, и практически абсолютного отрицания существования функциональных заболеваний ЖКТ в XVIII, XIX веке, в 50–е годы XX века. Причем данная ситуация наблюдалась как в нашей стране, так и за рубежом. Это не странно. Всегда, когда отсутствует морфологическое подтверждение, диагноз болезни считался и считается сомнительным и требует всестороннего скрупулезного анализа с привлечением всех возможных средств диагностики. Вместе с тем, в конце XIX в., в дополнение к морфологической концепции патологических процессов Г. Моргани, К. Рокитанского, Р. Вирхова, пришла и функциональная теория – концепция невроза как причины многих функциональных нарушений в организме и в первую очередь в ЖКТ, основывалась на исследованиях выдающихся физиологов И.П. Павлова, И.М. Сеченова, И.Т. Курцына и др. В настоящее время понятие функциональной патологии вновь возрождено и наполнено конкретным содержанием, соответствующим современному уровню медицинских знаний. Решением Всемирного конгресса гастроэнтерологов, проходившего в 1988 г. в Риме, создан постоянно действующий комитет по функциональным заболеваниям ЖКТ. Согласно решению согласительного совещания по функциональным расстройствам желудочно-кишечного тракта, состоявшего

в 1999 г. в Риме (Римские критерии II), синдром ФД включен в группу функциональных гастродуоденальных расстройств [1].

Распространенность жалоб диспепсического характера в западной популяции составляет 13–40% больных гастроэнтерологического профиля [2]. Тем не менее при наличии широкого спектра расстройств, существенно ухудшающих качество жизни пациентов, в значительной части случаев признаков органического поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) выявить не удается, и в этом случае пациенту выставляется диагноз **функциональной диспепсии**. Следует отметить, что обследование и лечение данных пациентов в большинстве случаев сопряжены со значительными трудностями и расходами.

На последнем заседании Международной рабочей группы по изучению проблем функциональных желудочно-кишечных расстройств, известном как Римский консенсус III (2006), ФД определяется как комплекс клинических симптомов (боли или ощущение жжения в эпигастриальной области либо чувство раннего насыщения и переполнения в подложечной области), возникающих в период не менее чем за 6 мес. до постановки диагноза и отмечающихся в течение последних 3 мес. [3]. На основании указанных жалоб по преобладающей клинике выделяется **два основных синдрома**: синдром эпигастриальной боли (язвенноподобная форма по Римским критериям II) и постприандиальный дистресс-синдром (дискинетическая форма по Римским критериям II).

Диагноз ФД ставится методом исключения в тех случаях, когда в результате проведенного обследования (ЭГДС и морфологическое исследование) отсутствуют какие-либо органические, системные или метаболические заболевания, способные объяснить данные проявления [4].