

Сочетанное применение хондроитина сульфата и гиалуроновой кислоты для лечения артрозов¹

Остеоартроз – наиболее часто встречаемая нозология в кластере болезней костно-мышечной системы с распространенностью 13 % и одна из главных причин нетрудоспособности, снижающая качество жизни и вызывающая значительные финансовые затраты при ее лечении, особенно у пожилых людей. Общее число больных с этой патологией, зарегистрированных в Российской Федерации в 2016 году, составило 16,6 млн. К тому же в некоторых регионах России: Белгородской, Тверской, Тульской областях, республиках Коми, Карелия, Чувашия, Алтайском крае, Санкт-Петербурге и Иркутске – уровень заболеваемости деформирующим артрозом существенно выше среднего показателя по стране. Остеоартроз среди болезней костно-мышечной системы в структуре первичной инвалидности занимает первое место, при этом заболеваемость артрозом в возрасте до 44 лет увеличилась с 7,2 % в 2012 году до 15,3 % в 2016-м.

Основная причина обращения к врачу – боль, характер которой обусловлен воспалением и растяжением капсулы сустава, связок, энтезисов, микропереломами субхондральной кости, внутрикостной гипертензией, спазмом периартикулярных мышц. Поэтому в состав симптоматической терапии входят нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), миорелаксанты, раздражающие и отвлекающие средства местного применения. Однако препараты симптоматического лечения лишь маскируют болезнь и не влияют на основную причину – дегенеративные изменения в хрящевой ткани суставов. Тем самым не сдерживают прогрессирование заболевания, которое затем проявляется более частыми и выраженными обострениями.

Большая эффективность терапии хондропротекторами, препаратами хондроитина сульфата (ХС), связана не только с противовоспалительным действием и подавлением экспрессии ядерного фактора транскрипции NF-κB, провоспалительных цитокинов, матриксных металлопротеиназ, оксида

азота и простагландинов, но и со стимуляцией регенераторных процессов в хряще путем активации хондроцитов и – как следствие – увеличения синтеза хондроцитами коллагена II типа и протеогликанов с нормальной полимерной структурой и синовиоцитами – высокомолекулярной гиалуроновой кислоты. Кроме того, ХС подавляет апоптоз хондроцитов, влияет на ремоделирование субхондральной кости и уменьшает процессы резорбции. Таким образом, механизм действия ХС сводится к подавлению катаболических и стимуляции анаболических процессов, что свидетельствует о симпом-модифицирующем (хондропротективном) эффекте препарата.

Цель исследования

Сравнительный анализ влияния сочетанного применения хондроитина сульфата и гиалуроновой кислоты при гонартрозах.

Материал исследования

В исследование было включено 85 пациентов с диагнозом «гонартроз» различной степени тяжести, средний возраст которых составил 61,7 года. Из них 68 женщины и 17 мужчин. У 15 человек гонартроз II стадии, у 70 – гонартроз III стадии (по Коссинской). Им было назначено применение хондроитина сульфата и гиалуроновой кислоты внутрисуставно. Пациенты были опрошены до и после применения препаратов по шкалам KSS (Knee Society Score), где значение KSS1 описывает состояние сустава, а KSS2 – функцию сустава, и WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index), где оцениваются боль, скованность и функция сустава. Максимальные значения по шкале KSS (90 и 100 баллов) означают отсутствие проблем с коленным суставом, минимальные (0) – очень плохое состояние сустава. Максимальные значения по шкале WOMAC (96 баллов), состоящей из 24 вопросов, означают очень плохое состояние сустава, а минимальные (0) – отсутствие проблем с суставом. Пациенты были разделены на две группы. Первая группа получала лечение в полном объеме (61 человек) в виде курса хондропротекторов (хондроитина сульфата 200 мг/2 мл, в/м № 30 один раз в 6 месяцев), препаратов гиалуроновой кислоты («Ферматрон плюс» 2 мл внутрисуставно 1 раз в неделю № 3 курсом один раз в 6 месяцев) и местные НПВП по

Общее число больных
остеоартрозом,
зарегистрированных в
Российской Федерации,
составило

16,6 МЛН

¹ Публикуется в сокращении.

ХС подавляет апоптоз хондроцитов, влияет на ремоделирование субхондральной кости и уменьшает процессы резорбции

необходимости. Вторая получала неполное лечение или не получала его вообще (24 человек). В среднем время с момента назначения препаратов до опроса составило 547 дней.

Результаты

Полученные результаты были интерпретированы по шкале KSS и по шкале WOMAC. Исследование показало, что пациенты из первой группы имеют положительную динамику в лечении: среднее значение KSS1 изменилось на $18,70 \pm 21,86$ балла ($Me = 20$, $p < 0,001$), KSS2 – на $11,55 \pm$

$18,04$ ($Me = 8$, $p < 0,01$), WOMAC – на $14,78 \pm 26,15$ ($Me = 10$, $p < 0,001$), в то время как пациенты из второй группы не имеют динамики вообще или имеют отрицательную, среднее значение KSS1 при этом изменилось на $1,79 \pm 20,08$ баллов ($Me = 0$), KSS2 – на $0,7 \pm 15,26$ ($Me = 0$), WOMAC – на $2,12 \pm 22,82$ ($Me = 0$).

Вывод

Имеется существенное различие в результатах лечения гонартроза с применением и без применения (неполным применением) хондропротекторов и препаратов гиалуроновой кислоты. Сочетанное применение препаратов хондроитина сульфата и гиалуроновой кислоты является эффективным для лечения гонартроза, позволяет уменьшить болевой синдром, улучшить функцию коленного сустава и на неопределенный срок отложить операцию эндопротезирования коленного сустава даже при III стадии развития заболевания.

Ежов И.Ю.^{1,2}, Бояришинов А.А.¹, Глушков А.Е.¹,
Абраменков А.Н.^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «ПИМУ» МЗ РФ

² ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России



Сочетанное применение препаратов ХС и ГК является эффективным для лечения гонартроза, позволяет уменьшить болевой синдром, улучшить функцию коленного сустава и отложить операцию эндопротезирования коленного сустава