

протекция. Донецк: Издатель Заславский А.Ю., 2009;262 с.

5. Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Эпидемиология инсульта в РФ. Материалы научно-практической конференции «Острые нарушения мозгового кровообращения». Иркутск, 2011;7–14.

6. Pavelka M., Roth J. Funktionelle Ultrastruktur. Wien: Springer-Verlag, 2009; 234–5.

7. Гонгальский В.В., Прокопович Е.В. Динамика кровотока в базальных венах мозга при синдроме доброкачественной внутричерепной гипертензии. Возможности фармакологической коррекции. Укр мед часопис I/II 2005;1(45):116–8.

8. Черний Т.В., Андропова И.А., Черний В.И. и др. Исследование эффективности препарата L-лизина эсцинат в комплексном лечении тяжелой черепно-мозговой

травмы и ишемического инсульта. Международный междисциплинарный конгресс «Нейронаука для медицины и психологии». Судак, 2009.

9. Черний В.И. Ишемия мозга и стратегия церебропротекции. 5-й Международный междисциплинарный конгресс «Нейронаука для медицины и психологии». Судак, 2009.

10. Островая Т.В., Черний В.И., Андропова И.А. Исследование нейропротекторных свойств препарата L-лизина эсцинат. Междунар неврол журн 2008;3(19):4–18.

11. Островая Т.В., Черний В.И., Андропова И.А. Исследование реактивности ЦНС в ответ на фармакологическое воздействие. Междунар неврол журн 2007;2(12):53–62.

12. Протоколи надання медичної допомоги

хворим з черепно-мозковою травмою. К., 2006;33 с.

13. Черний В.И., Кардаш А.М., Городник Г.А. и др. Диагностика и лечение отека и набухания головного мозга. К.: Здоров'я, 1997;228 с.

14. Острова Т.В., Черний В.И., Шевченко А.И. Алгоритм діагностики реактивності ЦНС методами штучного інтелекту. Донецьк: ППШ МОНУ і НАНУ Наука і освіта, 2004;180 с.

15. Анестезиология. Под ред. чл.-корр. АМН Украины, д.м.н., проф. В.И. Черния, д.м.н., проф. Р.И. Новиковой. В 5 т. Т. 5. К.: Здоров'я, 2004;335–52.

16. Черний В.И., Городник Г.А., Колесников А.Н. и др. Принципы и методы диагностики и интенсивной терапии внутречерепной гипертензии. Методические рекомендации. Донецк, 2008; 66 с.

А.В. Чебыкин

НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ», Клиника позвоночника, Самара

Опыт применения хондропротектора артра у пациентов с болью в спине

Представлен собственный опыт ведения 1430 пациентов (858 мужчин и 572 женщин в возрасте от 22 до 65 лет, средний возраст – 61,3 года) с болью в спине, у которых, помимо стандартной терапии (нестероидные противовоспалительные препараты, миорелаксанты, мануальная терапия, рефлексотерапия, лечебная гимнастика), использовали препарат артра в качестве хондропротектора. Группу сравнения составили 118 пациентов с болью в спине, которые получали только стандартную терапию. Отмечено, что включение в комплексную терапию хондропротектора артра может улучшить качество жизни пациентов с болью в спине.

Ключевые слова: качество жизни, боль в спине, артра.

Контакты: Андрей Вячеславович Чебыкин Chebykin79@mail.ru

Experience with the chondroprotector Arthra in patients with back pain

A.V. Chebykin

REAVIZ Samara Medical Institute, Spine Clinic, Samara

The authors presents his experience in managing 1430 patients (858 men and 572 women) aged 22 to 65 years, mean age 61.3 years) with back pain who used Arthra as a chondroprotector in addition to standard therapy (nonsteroidal anti-inflammatory drugs, myorelaxants, manual therapy, reflex therapy, therapeutic exercises). A comparison group consisted of 118 patients with back pain who received only standard therapy. It is noted that the incorporation of the chondroprotector Arthra into combination therapy can improve quality of life in patients with back pain.

Key words: quality of life, back pain, Arthra.

Contact: Andrei Vyacheslavovich Chebykin Chebykin79@mail.ru

В развитии боли в спине в течение длительного времени обсуждается роль остеохондроза позвоночника (ОП) [1–3]. Среди дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательной системы ОП занимает первое место [4, 5]. В основе патогенеза остеохондроза лежит снижение синтетической активности хондроцитов и повышение активности лизосомальных ферментов, что приводит к снижению концентрации протеогликанов и гликозаминогликанов в межклеточном веществе [4, 6]. Однако вопросы, касающиеся взаимосвязи содержания гликозаминогликанов с характером течения и особенностями дистрофических про-

цессов при дегенеративно-дистрофических заболеваниях, а также динамики уровня гликозаминогликанов при использовании различных методов реабилитации, изучены недостаточно и являются предметом пристального внимания исследователей [7–10].

В соответствии с принципами доказательной медицины основными критериями оценки эффективности лечения должны быть его клинически важные результаты и исходы, одним из которых является показатель качества жизни (КЖ) [11], позволяющий исключительно информативно определять состояние пациентов с хрониче-

Таблица 1. Оценка КЖ у пациентов с болью в спине

Оценка, баллы	КЖ
24–30	Высокое
16–23	Удовлетворительное
10–15	Неудовлетворительное
0–9	Низкое

Таблица 2. КЖ у пациентов с болью в спине до и после комплексного лечения

КЖ	До лечения	После лечения
Высокое	37 (2,60)	545 (38,09)
Удовлетворительное	458 (32,01)	608 (42,53)
Неудовлетворительное	659 (46,08)	208 (14,58)
Низкое	276 (19,31)	69 (4,87)

Примечание. В скобках – процент больных.

ческими заболеваниями. Причем на современном уровне развития здравоохранения приоритетным является именно КЖ больных – интегрирующий показатель успешности терапии [12].

Ведущее место в лекарственной терапии пациентов с неспецифической болью в спине отводится нестероидным противовоспалительным препаратам (НПВП), простым анальгетикам и миорелаксантам.

В качестве хондропротектора при боли в спине в нашей стране используется препарат артра, который содержит 500 мг хондроитина сульфата натрия и 500 мг глюкозамина гидрохлорида [4, 6]. Глюкозамин и хондроитин сульфат натрия участвуют в биосинтезе соединительной ткани, способствуя предотвращению процессов разрушения хряща, стимулируют регенерацию ткани. Хондроитин сульфат, независимо от того, всасывается ли он в интактной форме или в виде отдельных компонентов, служит дополнительным субстратом для образования здорового хрящевого матрикса. Препарат стимулирует образование протеогликанов и коллагена типа II, а также защищает хрящевой матрикс от ферментативного расщепления (путем подавления активности гиалуронидазы) и повреждающего действия свободных радикалов; поддерживает вязкость синовиальной жидкости, стимулирует механизмы репарации хряща и подавляет активность ферментов (эластаза, гиалуронидаза), расщепляющих хрящ.

В настоящее время проведено небольшое число исследований, в которых изучалась эффективность хондропротектора артра в комплексной терапии пациентов с болью в спине, что и определило цель нашего исследования.

Цель исследования – изучение эффективности включения препарата артра в комплексную терапию пациентов с болью в спине и оценка его влияния на КЖ.

Пациенты и методы. В исследование вошли пациенты с неспецифической болью в спине или дискогенной радикулопатией. Критериями исключения служили: возраст мо-

ложе 21 года или старше 65 лет; наличие тяжелой соматической патологии, психических заболеваний.

Всем пациентам проводили неврологическое и нейроортопедическое обследование, клинический и биохимический анализы крови, магнитно-резонансную томографию (МРТ), рентгеновскую компьютерную томографию (КТ) или рентгенографию позвоночника. На основании данных этих исследований у всех пациентов были исключены специфические причины боли в спине. При рентгенологическом исследовании, КТ или МРТ у пациентов выявлены типичные проявления ОП.

В качестве стандартной терапии при боли в спине использовали НПВП, миорелаксанты, лечебную гимнастику, мануальную терапию, электростимуляцию, акупунктурную рефлексотерапию.

У 1430 пациентов (858 мужчин и 572 женщины) с болью в спине в возрасте от 22 до 65 лет (средний возраст – 61,3 года) в комплексную терапию был включен хондропротектор артра (основная группа). Группу сравнения составили 118 пациентов с болью в спине, которые получали только стандартную терапию.

Хондропротектор артра назначали по 1 таблетке 2 раза в день в течение 3 первых недель; далее по 1 таблетке 1 раз в день в течение 6 мес.

Для оценки эффективности лечения, помимо стандартных методов оценки, включая визуальную аналоговую шкалу (ВАШ) боли, использовали разработанный нами специализированный опросник для оценки КЖ пациентов. На основе опросника была подготовлена и внедрена компьютерная программа, позволяющая автоматически обрабатывать имеющиеся данные и результаты анкетирования пациентов с определением показателей КЖ в числовом выражении. Пациенты заполняли опросник самостоятельно. Полученная сумма баллов по всем шкалам опросника составляла интегральный показатель, характеризующий КЖ.

На основании собственных наблюдений и данных, полученных ранее другими авторами [11, 13–16], в ходе разработки специализированного опросника нами были детально изучены и проанализированы клинические проявления заболевания, самочувствие и их влияние на пациентов:

- симптомы болезни (ноющая и «стреляющая» боль, скованность и неловкость, чувство онемения, «ползания мурашек», слабость в верхних и нижних конечностях, ограничение подвижности) и их выраженность;
- самочувствие (чувство дискомфорта, нарушение сна, аппетита, общее беспокойство, усталость);
- изменение ежедневной бытовой активности (покупки, стирка, уборка дома, дачные работы);
- изменения в проведении досуга (прекращение занятий спортом, потеря интереса к хобби и увлечениям);
- изменения, связанные с работой или учебой (быстрая утомляемость, отсутствие концентрации внимания, снижение трудоспособности);
- изменения в личных отношениях (раздражительность, беспочвенные конфликты с окружающими – друзьями, родственниками, коллегами по работе, проблемы в супружеской жизни);
- изменения в общественной жизни (ограничение знакомств, трудности в общении с людьми, нарушение привычных связей, посещения концертов, выставок);
- утомление, связанное с процессом лечения ОП.

Каждый рейтинговый критерий специализированного опросника предполагает 1 из 4 вариантов ответа: «нет», «немного», «умеренно», «очень сильно», оцениваемых в баллах: 3, 2, 1, 0 соответственно. Максимально возможная сумма баллов указывает на наиболее высокий уровень КЖ.

В табл. 1 представлены количественные критерии КЖ у обследованных, полученные при анкетировании — наиболее доступном и массовом способе оценки КЖ.

Результаты исследования и их обсуждение. После проведения комплекса лечебных мероприятий у 1430 пациентов основной группы уменьшилась выраженность боли по ВАШ и существенно улучшилось КЖ, что отражено в табл. 2.

До лечения высокий уровень КЖ был у 2,60% больных, удовлетворительный — у 32,01%, неудовлетворительный — у 46,08%, низкий — у 19,31%.

Комплекс лечебных мероприятий позволил в 15 раз увеличить число пациентов с высоким уровнем КЖ. Количество пациентов с удовлетворительным КЖ повысилось в 1,3 раза, а с неудовлетворительным и низким уровнем сократилось более чем в 3,5 раза.

В группе сравнения (n=118) показатель высокого уровня КЖ повысился только в 5 раз.

После лечения пациенты основной группы (n=1430) смогли вести более активный образ жизни, у них уменьшились ограничения в выполнении многих бытовых и производственных задач, требующих интенсивной физической активности, повысились показатели всех изученных профилей КЖ. Отмечено, что уровень КЖ у женщин был в 1,2 раза ниже, чем у мужчин. Эта закономерность прослеживалась при оценке преимущественно таких параметров, как активность и досуг. По-

видимо, это связано с худшей адаптацией женщин к своему состоянию, их эмоциональными особенностями. В целом 90% больных оценили лечение как успешное.

После проведения 1-го курса терапии препаратом артра у больных основной группы отмечены стойкое снижение болевого синдрома по ВАШ, уменьшение количества определяемых патологических синдромов, нормализация объема движений.

Результаты МРТ у 206 пациентов основной группы указывали на положительную динамику, в частности, уменьшилось количество протрузий. В группе сравнения такие результаты не наблюдались. После 1-го курса терапии артрой 393 больных основной группы полностью отказалась от приема НПВП, а после 2-го курса число таких пациентов увеличилось до 458. Остальные пациенты этой группы перешли на эпизодический (от нескольких дней до единичных случаев) прием НПВП. У больных в группе сравнения при отмене НПВП и миорелаксантов наблюдалось ступенчатое нарастание боли (показатель болевого синдрома через 1 год был достоверно выше, чем в основной группе). Эффект артры (уменьшение болевого синдрома, отказ пациентов от приема анальгетиков, улучшение КЖ) достоверно проявляется через 3–4 мес лечения, нарастает к 6-му месяцу и сохраняется еще в течение 5 мес, а, возможно, и дольше (чтобы подтвердить этот эффект требуется более длительное наблюдение).

Таким образом, результаты лечения показали эффективность (улучшение КЖ) включения хондропротектора артры в комплексную терапию пациентов с болью в спине. Необходимы дальнейшие рандомизированные плацебоконтролируемые исследования для оценки эффективности этого препарата при боли в спине.

ЛИТЕРАТУРА

1. Камчатнов П.Р. Острая спондилогенная дорсалгия — консервативная терапия. РМЖ 2007;15(10):64–74.
2. Попелянский Я.Ю. Позвоночный остеохондроз — болезнь антигравитационного приспособления взрослого (постхордального) человека. Журн неврол и психиатр 2000;7:65–6.
3. Ситель А.Б., Беляков В.В., Кузьминов К.О. и др. Формирование рефлекторных и компрессионных синдромов при дискогенной болезни поясничного отдела позвоночника. Журн неврол и психиатр 2000;10:18–23.
4. Алексеева Л.А., Чичасова Н.В., Мендель О.И. и др. Рациональный выбор базисной терапии при остеоартрозе. Результаты открытого рандомизированного многоцентрового исследования препарата АРТРА® в России. РМЖ 2005;24:1637.
5. Девяткин А.А., Борискин П.В., Чебыкин А.В. Использование показателей качества жизни в медицинской практике. Волжские зори. Сб. науч. тр. Под ред. Г.П. Котельникова, Г.И. Гусаровой. Самара, 2004;27–30.
6. Болезни нервной системы: Рук-во для врачей. Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. Том 1, 2. М.: Медицина, 2001;743;478 с.
7. Altman R.D. Structure-disease-modifying agents for osteoarthritis. Semin. Arthr Rheum 2005;34(Suppl 2):3–5.
8. Dieppe P.A. Pathogenesis and management of pain in osteoarthritis. Lancet 2005;365:965–73.
9. Lorenzo P. Altered patterns and synthesis of extracellular matrix macromolecules in early osteoarthritis. Matrix Biol 2004;23(6):381–91.
10. Moskowitz R.W. Understanding osteoarthritis of the knee causes and effects. Am J Orthop 2004;33(Suppl 2):5–9.
11. Шевченко Ю.Л. Концепция исследования качества жизни в здравоохранении. Мед газета 2000;54:6–7.
12. Карлов В.А. Неврология. Рук-во для врачей. М.: МИА, 1999;624 с.
13. Мазуров В.И. Клиническая ревматология. 2-е изд. СПб.: Изд-во ФОА и АНТ, 2005;520 с.
14. Насонова В.А. Проблема остеоартроза в XXI веке. Сиб мед журн 2001;3(4):5–9.
15. Хелимский А.М. Хронические дискогенные болевые синдромы шейного и поясничного остеохондроза. Хабаровск: Риотип, 2000;3–15.
16. Ходарев С.В. Принципы и методы лечения больных с вертеброневрологической патологией. Ростов-на-Дону: Феникс, 2001;608 с.