10. Бойко Н.В., Колмакова Т.С., Быкова В.В. Биохимические показатели компенсации постгеморрагической анемии у больных с носовыми кровотечениями. Вестник оторинолар. 2010. № 4. С. 13-16.
11. Бойко Н.В. Хирургическое лечение рецидивирующих носовых кровотечений. Рос. ринология. 1999. № 2. С. 29.
12. Извин А.И. Носовые кровотечения: современные возможности клинко-лабораторной диагностики и лечения. Университетская медицина Урала. 2016. Т. 2. № 1(4). С. 50-53.
13. Тайбогаров С.Е., Калаченко А.В. Угрожающее жизни носовое кровотечение, потребовавшее перевязки шейных магистральных сосудов. Вестн. оторинолар. 1994. №3. С.40-41.
14. Волков А.Г., Бойко Н.В., Быкова В.В., Жданов В.Г. Совершенствование способов остановки носового кровотечения. Вестник оторинолар. 2010. № 4. С. 9-12.
15. Бойко Н.В., Шатохин Ю.В. Патогенез носовых кровотечений у больных с артериальной гипертензией. Вестник оторинолар. 2015. Т. 80. № 5. С. 41-45
16. Vickery C.L., Kuhn F.A. Using the KTP/532 lazer to control epistaxis in patients with hereditary haemorrhagic telangiectasia. Southern Medical Journal. 2006. Vol.89, № 1. P.78-80.
17. Lennox P.A., Harries M., Lund U.J., Howard D.J. A retrospective study of the role of the argon laser in the management of epistaxis secondary to hereditary haemorrhagic telangiectasia. Journal of Laryngology and Otology. 2007. Vol.111, № 1. P.34-37.
18. Siegel M.B., Keane W.M., Atkins J.F.Jr., Rosen M.R. Control of epistaxis in patients with hereditary haemorrhagic telangiectasia. Otolaryngol-Head Neck Surgery. 2011. Vol.105, № 5. P.675-679.
19. Werner J.A., Geisthoff U.W., Lippert B.T., Rudert H. Behandlung der rezidivierenden Epistaxis beim Morbus Rendu-Osler-Weber. HNO. 2007. Vol.45, № 9. P.673-681.
20. Lepkowski A., Pawelczyk M., Wrobel M., Markowsky J. Fascioplastika jakometoda zabiegowego leczenia krwawien z noza w przebiegu choroby Rendu-Oslera-Webera. Otolaryngol. Polska. 2002. Vol.46, № 6. P.565-572.
21. Lohar Y., Sadov R., Shvili Y. et al. Surgical management of epistaxis in hereditary haemorrhagic telangiectasia. Arch. Otolaryngol. 2007. Vol.111, № 7. P.754-757.
22. Bridger G.P., Baldwin M. Microvascular free flap in hereditary haemorrhagic telangiectasia. Arch. Of Otolaryngol-Head and Neck Surgery. 2010. Vol.116, № 1. P.77-87.
23. Benassayag Cl., Boudard Ph., Portmann D. Traitement d'une epistaxis par lambeau naso—genien bilateral au cours d'une maladie de Rendu-Osler. Rev. Laryngol. Otol. Rhinol. 2009. Vol.110, № 3. P.305-307.
24. Fischer M., Dietrich U., Labisch C. et al. Kritische Beurteilung der Gefassembolisation bei Morbus Rendu-Osler. Laryngo-Rhino-Otologie. 2007.—Vol.76, № 8. P.490-494.
25. Borsik M., Herbreteau D., Deffrennes D. et al. Le traitement des epistaxis de la maladie de Rendu-Osler par injection intramuqueuse d'ethibloc. Annales d'Oto-Laryngologie et de Chirurgie Cervico-Faciale. 2002. Vol.109, №5. P.273-276.
26. Seidermann L., Merol J.C., Nasser T. et al. Notre experience de la maladie de Rendu-Osler. A propos de 19 cas. Revue de Laryngology Otology Rhinology. 2006. Vol.117, № 5. P.367-372.
27. Turcato G., Pizzi G.B., Polico R. et al. L'epistassi nel morbo di Rendu-Weber-Osler. Ruolo della brachiterapia. Acta Otorhinolaryngol.Italica. 2016. Vol.16, № 6. P.513-516.

**Евстратова Е.Ф., Васильева Л.В., Никитин А.В.,
Толстых Е.М., Золотарева М.А., Сулова Е.Ю.**

**Дифференцированные подходы в терапии спондилоартроза, дугоотростчатых
суставов, позвоночного столба и остеоартрита коленных суставов у больных с
сопутствующей патологией органов пищеварения**

*Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко
(Россия, Воронеж)*

doi: 10.18411/lj-02-2019-99

idsp: ljjournal-02-2019-99

Аннотация

Пролечены 110 пациентов (96 женщин и 14 мужчин), страдающих ОА коленных суставов и спондилоартрозом (СА) в динамике дифференцированной, патогенетической терапии парентеральными и таблетированными формами хондроитинсульфата (Х), глюкозаминсульфата (Г), парентеральными, нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВС). Показано, что длительное использование парентеральных форм хондроитинсульфата, глюкозаминсульфата (препарат хондрогард, сустогард), в более короткие сроки нивелирует болевой синдром в позвоночнике, суставах и не оказывает патологического воздействия на органы пищеварения. Продemonстрировано отрицательное

влияние парентеральных форм НПВС и таблетированных форм хондроитина сульфата и глюкозамина сульфата на состояние органов пищеварения. Однако у больных группы 2, пролеченных таблетированными формами X, Г побочные эффекты развивались в более поздние сроки (через три месяца) при сравнении с группой три, принимавшей парентерально НПВС.

Ключевые слова. Остеоартрит, спондилоартроз, хондроитинсульфат, глюкозоаминсульфат.

Abstract

110 patients (96 women and 14 men) suffering from knee joint OA and spondyloarthrosis (SA) were treated in the dynamics of differentiated, pathogenetic therapy with parenteral and tableted forms of chondroitin sulfate (X), glucosamine sulfate (G), parenteral, non-steroidal anti-inflammatory drugs (NPV). Long-term use of parenteral forms of chondroitin sulfate, glucosamine sulfate (the drug chondrogard, sustagard) has been shown to level out pain syndrome in the spine and joints in a shorter time and does not have a pathological effect on the digestive organs. The negative effect of parenteral forms of NSAIDs and tableted forms of chondroitin sulfate and glucosamine sulfate on the state of the digestive organs has been demonstrated. However, in patients of group 2 treated with tablet forms X, G, side effects developed at a later date (after three months) when compared with group three, who took parenteral NSAIDs.

Keywords. Osteoarthritis, spondyloarthrosis, chondroitin sulfate, glucose amino acid sulfate

Медицинская общественность в последние годы всё чаще стала уделять внимание спондилоартрозу (СА), одной из распространённых форм ОА (фасеточный синдром), как частой патогенетической причине боли в спине [1]. Достаточно часто данный феномен сочетается с остеоартритом коленных суставов. Объединяет эти два заболевания единый патогенез, а именно: агрессивный, воспалительный катаболизм, поражающий все структуры коленных суставов, дугоотростчатых, синовиальных (фасеточных) суставов позвоночного столба [1,2]. Стоит обратить внимание на том, что современная медицина в лице врачей амбулаторного приёма всё чаще сталкивается с проблемой коморбидности у пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата, а именно сопутствующими хроническими заболеваниями, прежде всего органов пищеварения, сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет и др. [2,3]. Современные принципы коррекции боли в суставах и спине базируются на пошаговом применении анальгетиков и нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) в различных формах [4]. Однако общеизвестно, что даже селективные НПВС, при их применении оказывают выраженное негативное воздействие на функцию жизненно-важных органов и систем [5,6,7]. Методики, назначаемые, врачами физиотерапевтами, как правило, хотя и приносят кратковременное облегчение пациентам, но тоже в ряде случаев сопровождаются неприятными явлениями со стороны сердечнососудистой системы и пр. Так же физиопроцедуры имеют множество противопоказаний и поэтому не всегда применимы [8]. Создавшаяся ситуация обусловила потребность дифференцированного подхода при лечении пациентов, страдающих остеоартритическим процессом, любой локализации с коморбидность. Международные медицинские сообщества по изучению ОА [9,10], а также Ассоциация ревматологов России активно занимаются проблемами лечения боли в суставах и позвоночнике, патогенетически обусловленные остеоартритом. Ведущей рекомендацией этих уважаемых организаций является включение в комплексную терапию больных данной группы симптоммодифицирующих препаратов замедленного действия, а именно хондроитинсульфата (ХС) и глюкозоаминсульфата (Г) [11,12,]. ХС – это высокомолекулярный мукополисахарид, уменьшающий дегенерацию суставного хряща, улучшающий обменные процессы в гиалиновом хряще. Кроме того, препарат ускоряет процессы восстановления костной ткани, стимулирует синтез протеогликанов, угнетает действие протеолитических ферментов [13]. Обезболивающая эффективность хондроитин

сульфата аналогична лечению короткими курсами НПВП [14]. Так же препарат характеризуется относительно высокой безопасностью, и это позволяет применять данное лекарственное средство у коморбидных больных ОА и СА. [14]. Патогенетическим дополнением ХС стал Г, т.к. агрессивный катаболизм, сопровождающий ОА и СА, интенсивно ингибируется Г за счёт снижения продукции металлопротеиназы, угнетения синтеза провоспалительных цитокинов. Все перечисленные свойства препарата доказывают обоснованность применения его в комплексной терапии пациентов с ОА и СА. [15].

Цель исследования. Разработать дифференцированную схему лечения больных с болями в спине и суставах, обусловленных ОА с сопутствующими заболеваниями органов пищеварения.

Материал и методы. Наблюдали 70 пациентов (60 женщин и 10 мужчин), страдающих ОА коленных суставов и спондилоартрозом (СА) в динамике дифференцированной, патогенетической терапии. Все больные, участвующие в исследовании были трудоспособного возраста (54,8±2,6, лет). Болели свыше 5 лет, жаловались на умеренные боли в спине и суставах, лечились самостоятельно мазевыми и гелиевыми формами НПВС, без видимого успеха. Группе 1, в количестве 30 пациентов была проведена терапия парентеральной формой хондроитинсульфата (препарат хондрогард Х) и глюкозаминсульфата (препарат сустакорд, С), по следующей схеме. Х - через день внутримышечно в течение 2 месяцев (№ 30). Первые три дня вводили 1 мл (100 мг), с 4-го дня - 2 мл (200 мг). С - по 400 мг через день в течение 4 -6 недель. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС) не назначались, так как обезболивающий эффект Х и Г сравним с приёмом коротких курсов НПВС. 20 больным контрольной группы 2, того же пола и возраста, с той же патологией провели курс лечения таблетированными формами Х и Г (500 мг глюкозамина гидрохлорида и 400 мг хондроитина сульфата). Схема приёма препарата включала 1 капсулу 3 раза в день на протяжении первых 3 недель, а затем по 2 капсулы в день 4 месяца. 20 пациентов третьей группы с аналогичным заболеванием по стадии, тяжести и коморбидности провели парентерально короткий курс НПВС (3-5 дней) в среднесуточных дозах. В дальнейшем больные принимали таблетированные формы НПВС по требованию. Пациентам были разъяснены цели исследования, и получено согласие на обработку персональных данных. Во всех группах подтвердили диагноз ОА, СА I – II стадии по J.Kellgren и J.Lawrence, и исключили наличие межпозвоночных грыж дисков, применив ультразвуковую рентгенологическую и по показаниям магниторезонансную методику (МРТ). СА предполагали при наличии у пациентов болевого синдрома в поясничной области, интенсивность которого увеличивалась при нагрузке (ротации, сгибании и разгибании), а так же наличии боли при пальпации фасеточных суставов области L1-L5. Констатировали наличие патологии органов пищеварения в стадии ремиссии в наблюдаемых группах по данным анамнеза и фиброгастродуоденоскопии (ФГДС). Анализировали динамику боли в позвоночнике и суставах в покое, в баллах (0-4 балла) [16,17]. По шкале G. Waddel оценили изменение двигательной функции (ДФ) в позвоночнике, нижних конечностях по 10 показателям по 4-балльной системе (от 0 до 3 баллов). Исследовали подъем обеих нижних конечностей и их удержание, способность наклоняться и разгибаться, в поясничном отделе, боковые наклоны. Измеряли движения в тазобедренных суставах в градусах под влиянием различных схем лечения в группах. Проальпировали паравертебральные мышцы для определения динамики их напряжённости. Отсутствие положительной динамики считали при количестве баллов 26-32. Низкая двигательная активность предполагалась при сумме баллов 16-24. Удовлетворительное восстановление функциональных способностей —6—13 баллов. Достоверное улучшение ДФ считали при баллах 4- 6 [18]. Так же проанализировали течение сопутствующей патологии органов пищеварения при применении различных схем лечения пациентов. Значимость полученных итогов наблюдения проанализировали применив программу Statistika-6, и при $p < 0,05$, считали результат достоверным.

Результаты исследования. В группе, 1 получившей X, Г парентерально уже на 10-12 день лечения отмечалось существенное улучшение. Боль в покое в коленных суставах, позвоночнике уменьшилась на 1,6 балла (48%), через 25-30 дней боль составила $1,12 \pm 0,42$ балла через три месяца 0,78 балла, $p < 0,05$. В группе пролеченной только таблетированными формами X, Г, достоверное улучшение наступило лишь через 3 месяца. Боль снизилась до $1,24 \pm 0,18$ балла. В группе три, получавших НПВС парентерально а в дальнейшем per oss боль достоверно уменьшилась на 10-12 день $p < 0,05$, но как только больным был отменён регулярный приём НПВС боль возобновилась. Результаты лечения в группе 1 один были наилучшими через три месяца и достоверно отличались от групп 2, 3, таблица 1, рисунок 1.

Таблица 1

Изменение выраженности боли в суставах, позвоночнике в покое в сравниваемых группах в баллах под влиянием различных видов терапии в динамике лечения ($M \pm m$)

Группы больных	Динамика боли (баллы)			
	1-3 день	10-12 день	25-30 дней	3 месяцев
1 группа	$3,12 \pm 0,72$	$1,5 \pm 0,08^*$	$1,12 \pm 0,42^*$	$0,78 \pm 0,22^{**}$
2 группа	$2,82 \pm 0,44$	$2,65 \pm 0,32$	$2,44 \pm 0,18$	$1,24 \pm 0,18^*$
3 группа	$2,64 \pm 0,79$	$1,6 \pm 1,02^*$	$1,64 \pm 0,24^*$	$2,1 \pm 0,32$

* $p < 0,05$ при сравнении с исходными данными, ** - $p < 0,05$, достоверность различия в группах

Рисунок 1. Изменение выраженности боли в суставах, позвоночнике в покое в сравниваемых группах в баллах до лечения и через три месяца лечения

Исследование двигательной функции, позвоночного столба, нижних конечностей по шкале G. Waddel дало такую же картину. В группе 1 отчетливое, значимое улучшение наступило через 10-12 дней. Сумма баллов составила $10,51,5 \pm 0,08$, что соответствовало удовлетворительному восстановлению движений без боли, $p < 0,05$. Через 25-28 дней количество баллов по шкале было $6,12 \pm 0,42$, а через три месяца $5,78 \pm 0,22$. Отмечалось достоверное улучшение двигательной функции уже с 10-12 дня лечения $p < 0,05$. В группе 2, только через три месяца двигательная функция достигла удовлетворительного уровня при баллах $11,24 \pm 0,18$. Изменения в обеих группах через три месяца были достоверными, но значения группы один были существенно лучше, $p < 0,05$. Больные, пролеченные парентерально НПВС, показали существенное улучшение двигательной функции к 10-12 дню лечения, но после отмены курсов НПВС двигательная функция ухудшилась из-за возобновившихся болей в суставах,

позвоночнике. Баллы в этой группе через 25,90 дней наблюдения были существенно ниже баллов группы 1, 2 ($24,42 \pm 0,32$), $p < 0,05$, таблица 2. Оценка состояния органов пищеварения по данным опроса больных, применения пропедевтических методов обследования и проведения по показаниям гастродуоденоскопии показала, что у 30 пациентов первой группы (100%) не было жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта на протяжении всего периода лечения и наблюдения. Во второй группе через 25-28 дней 2 больных пожаловались на боли в эпигастрии, тошноту, что составило 10%. Через 90 дней уже у 4 пациентов (20%) появились отрыжка, боли в эпигастрии. Это потребовало отмены препарата у больных, назначения патогенетической, гастропротективной терапии и мазевых форм Х, Г. В третьей группе на 10-12 день лечения четверо пациентов (20%) предъявили жалобы на боли в желудке, тошноту, отрыжку. При проведении по показаниям ФГДС констатировали обострение гастрита, дуоденита. Этим больным был назначен ингибитор протонной помпы и гелиевые формы НПВС, таблица 3.

Таблица 2

Динамика двигательной функции в позвоночнике, нижних конечностях по шкале G.

Waddel под влиянием различных видов терапии ($M \pm m$)

Группы больных	Динамика двигательной функции (баллы)			
	1-3 день	10-12 день	25-28 дней	3 месяцев
1 группа	$32,9 \pm 0,72$	$10,5 \pm 0,08^*$	$6,12 \pm 0,42^*$	$5,78 \pm 0,22^{**}$
2 группа	$29,17 \pm 0,44$	$26 \pm 0,32$	$21,64 \pm 0,18^*$	$11,24 \pm 0,18^{**}$
3 группа	$31,84 \pm 0,79$	$14,6 \pm 1,02^*$	$21,44 \pm 0,24^*$	$24,42 \pm 0,32$

* $p < 0,05$, достоверность различия при сравнении с исходными данными, ** - $p < 0,05$, достоверность различия в группах.

Таблица 3

Состояние органов пищеварения в группах под влиянием различных видов терапии ($M \pm m$)

гастропатология в группах %	Жалобы со стороны органов пищеварения			
	1-3 день	10-12 день	25-28 дней	3 месяцев
1 группа n = 30 (15, 50%)	Жалоб нет у всех больных	Жалоб нет у всех больных	Жалоб нет у всех больных	Жалоб нет у всех больных**
2 группа n = 20 (12, 60%)	Жалоб нет у всех больных	Жалоб нет у всех больных	Жалобы у 2 пациента (10%)	4 больных (20 %)
3 группа n = 20 10(50%)	Жалоб нет у всех больных	Жалобы у 4 пациентов (20%)	Жалобы у 4 пациентов (20%)	Жалобы у 4 пациентов (20%)

** - $p < 0,05$, достоверность различия в группах

Обсуждение. Данное исследование продемонстрировало отрицательное влияние парентеральных форм НПВС и таблетированных форм хондроитина сульфата и глюкозамина сульфата на состояние органов пищеварения при их длительном применении. Однако у больных группы 2, пролеченных таблетированными формами Х, Г побочные эффекты развивались в более поздние сроки при сравнении с группой три, принимавшей парентерально НПВС.

Выводы. Длительное использование парентеральных форм хондроитинсульфата, глюкозаминсульфата (препарат хондрогард, сустогард), так называемая старт терапия в более короткие сроки нивелирует болевой синдром в позвоночнике, суставах и не оказывает патологического воздействия на органы пищеварения. Это позволяет рекомендовать данную схему лечения больным остеоартритом, спондилоартрозом в амбулаторных условиях. Пациентам, принимающим таблетированные форма Х, Г или НПВС с сопутствующими заболеваниями органов пищеварения необходимо с первых дней лечения назначать гастропротективные препараты.

1. Современные патогенетические механизмы вертеброгенной патологии И.Н.Долгова [и др.] // Международный студенческий научный вестник. – 2018. – № 4(1).-С.22-24.

2. Дифференцированный подход в лечении больных остеоартрозом с кардиоваскулярной патологией Васильева Л.В., [и др.] // Российский кардиологический журнал. - 2016. - №2. - С.84-89
3. Золотовская И.А., Давыдкин И.Л., Боровкова Терапия нестероидными противовоспалительными препаратами пациентов с острой неспецифической болью в нижней части спины. Динамика параметров функции почек: результаты когортного исследования «Панда» // Фарматека.-2017.- №7(340).-С.-52-56.
4. Кондрашкин П.В., Давыдова Е.В., Шибкова Д.З. Изменение индивидуального болевого порога в паравертебральных точках в процессе реабилитации у лиц с отклонениями состояния позвоночно-двигательных сегментов 3 // Российский журнал боли.-2017.-№2.-С.31-34.
5. Баранцевич Е.Р., Андреев В.В. Возможности лечения хронической боли при пояснично - крестцовой радикулопатии. Врач.- 2012.- №.-11.- С.13–19.
6. Dommerholt J., Grieve R., Hooks T., Layton M. A critical overview of the current myofascial pain literature. J Bodyw Mov Ther. 2015; 19 (4): 736–746.
7. Bansal T, Thakur A, Hooda S. Comparision of efficacy of Lornoxicam and Diclofenac for post operative pain relief in patients undergoing abdominal hysterectomy. Int J Pharmacy Pharmaceut Sci 2011; 3: 285-289
8. Вовченко В.И. Современные возможности лечения остеоартрита коленного сустава в условиях поликлинического звена // Инновации в науке: научный журнал. – № 6(67). – Новосибирск, Изд. АНС «СибАК», 2017. – С. 29-31.
9. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis / L Fernandez, [et al] // Ann Rheum Dis. 2013; 72: P. 1125–1135.
10. Рекомендации OARSI по нехирургическому ведению пациентов с остеоартрозом коленного сустава, Мак Алиндон Т.Е [и др.] // Osteoarthritis Cartilage. 2015;23(6):1026–34.
11. Наумов А. В., Ховасова Н.О. К вопросу клинических рекомендаций по остеоартриту: почему в разных странах разные стратегии?// МРЖ.-2017.-№11.-С. 1805-1811.
12. Исследование эффективности, переносимости и безопасности препарата Хондрогард у пациентов с остеоартрозом коленных суставов и коморбидностью Е.П. Шарапова [и др.] // Фарматека.- 2017.-№.-7.-С.46-52.
13. Martel-Pelletier J., Roubille C., Raynald J.-P. The long-term effects of SYSADOA treatment on knee osteoarthritis symptoms and progression of structural changes: participants from the osteoarthritis initiative progression cohort. Osteoarthritis Cartilage 2013; 21:63–312.
14. Ступенчатая терапия хондроитинсульфатом у больных остеоартритом на поликлиническом этапе реабилитации //Л.В. Васильева [и др.] //Современная ревматология.-2017.-№3.-С.77-80.
15. Результаты применения интермиттирующей схемы парентерального введения хондроитина и глюкозамина сульфата в старт-терапии хронической боли в суставах и спине у коморбидных пациентов /А.В.Наумов [и др.] // РМЖ - 2018.- №.-4 (11) .- с.47-54.
16. Харченко Ю.А. Адекватная оценка боли – залог её успешного лечения // Universum: Медицина и фармакология: электр. научн. журнал.-2014.-№4(5).-С.25-29.
17. Данилов А.Б Биопсихосоциальная модель и хроническая боль // Российский журнал боли. — 2010.- №1(26).-С. 3-7.
18. Waddel G The back pain revolution Endiburg Churchill Livingstone1998. 438 p DIFFERENTIATED APPROACHES IN THE TREATMENT OF SPONDYLOARTHRITIS, ARCOROUS JOINTS, THE SPINE POST AND OSTEOARTHRITIS OF THE KNEE JOINTS IN PATIENTS WITH COMPANATIVE FOOD TREATMENT

Ильканич А.Я., Поборский А.Н., Лопатская Ж.Н.

Современные образовательные инструменты в высшей Медицинской школе

БГУ ВО Сургутский государственный университет

Медицинский институт

(Россия, Сургут)

doi: 10.18411/lj-02-2019-100

idsp: ljjournal-02-2019-100

Аннотация

В работе освещены подходы к современному обучению студентов медицинского вуза и определение положительных сторон использования видеокейсов, электронного ресурса Moodle, проведения мастер-классов, использования симуляционных технологий

Ключевые слова: студенты, традиционное обучение, медицинское образование, интерактивное обучение