

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ СИНДРОМА ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ

Н. Коншу, кандидат медицинских наук
Омский государственный медицинский университет
E-mail: nadias@mail.ru.

У пациентов с синдромом гипермобильности суставов в патогенезе артралгий играют роль несколько факторов: снижение порога болевой чувствительности и минеральной плотности костной ткани, слабость соединительнотканых структур сустава, приводящая к постоянной микротравматизации мягких тканей сустава и возникновению боли. Препарат Остеомед стимулирует коллагенообразование, укрепляет соединительнотканые структуры сустава и повышает порог болевой чувствительности, что способствует быстрому снижению выраженности болевого синдрома (через 1 мес приема препарата), а также стойкому его купированию (через 3 мес терапии).

Ключевые слова: синдром гипермобильности суставов, болевой синдром, Остеомед.

Синдром гипермобильности суставов (СГМС) – генетически детерминированное состояние, клиническим проявлением которого является мышечно-суставная боль у лиц с избыточным объемом движений в суставах при отсутствии признаков других ревматических заболеваний (шифр М35.7 в МКБ10). По данным литературы, его распространенность в популяции варьирует от 6 до 37% в зависимости от возраста, пола, расовой принадлежности [1]. Типичное клиническое проявление СГМС – артралгии, чаще всего – в «нагрузочных» суставах, начинающиеся, как правило, с молодого возраста. Они и являются причиной обращения за медицинской помощью. В качестве причины мышечно-суставной боли у пациентов с СГМС рассматривается снижение порога болевой чувствительности [2].

Лечение СГМС существенно отличается от лечения других заболеваний суставов. Купирование болевого синдрома представляется сложной задачей, поскольку у таких пациентов практически полностью отсутствует эффект нестероидных противовоспалительных препаратов. Главные методы лечения – немедикаментозные и оптимизация образа жизни. В 2011 г. Д. Киселевой и соавт. на кафедре внутренних болезней и поликлинической терапии Омского государственного медицинского университета разработана программа ведения пациентов с СГМС: комплекс физических упражнений, выполняемых в домашних условиях; рациональная психотерапия – беседы о механизмах возникновения мышечно-суставной боли и методах ее купирования; обучение корректной модели движений; ортезирование во время выполнения упражнений и длительных статических нагрузок [3].

Актуальность проблемы СГМС обусловлена высоким риском развития осложнений: ранний остеоартроз, вывихи, подвывихи, растяжения и т.д. [4]. Данные исследований свидетельствуют о высокой (25–60%) частоте остеопении у молодых людей с СГМС, что может быть связано с особенностями процессов ремоделирования или нарушением минерального обмена при этом состоянии [5].

Доказано, что при приеме препарата Остеомед улучшаются процессы минерализации, оптимизируются метаболические процессы в хрящевых тканях, что обуславливает ослабление болевого синдрома. В препарате Остеомед содержатся биологически активная добавка гомогенат трутневый с витамином В₆, цитрат кальция, микроэлементы и вспомогательные вещества.

Нами изучена эффективность препарата Остеомед в комплексной терапии пациентов с СГМС.

В когортное рандомизированное проспективное исследование были включены 36 пациентов с СГМС, установленным с применением пересмотренных диагностических Брайтонских критериев [6].

Критериями включения в исследование явились: наличие СГМС и болевого синдрома (артралгии коленных суставов – ≥ 4 см по визуальной аналоговой шкале – ВАШ); возраст пациентов от 18 до 30 лет включительно; согласие на участие в исследовании; отсутствие гиперкальциемии.

В исследование не включали: больных с ревматическими заболеваниями; отказавшихся от участия в исследовании; беременных женщин; кормящих матерей; лиц с индивидуальной непереносимостью компонентов препарата.

Все пациенты жаловались на боль в коленных суставах (на момент первичного обследования – ≥ 4 см по ВАШ). Пациенты были разделены «методом конвертов» на 2 равные группы по 18 человек.

В основную группу вошли 18 пациентов, 9 женщин и 9 мужчин, средний возраст 24,3 (22; 28) года, с СГМС. Их лечили по разработанной программе курирования, и в дополнение к немедикаментозной терапии пациенты принимали препарат Остеомед в течение 3 мес по 2 таблетки 3 раза в день во время еды (согласно рекомендации автора [7]).

Группу сравнения составили 18 пациентов, 10 женщин и 8 мужчин, с аналогичным диагнозом, средний возраст 24,0 (21; 26) года, которые получали только немедикаментозное лечение по программе курирования.

Эффективность лечения оценивали по интенсивности боли по ВАШ и динамике болевых порогов, измеряемых в точках максимальной болезненности с помощью цифрового альгометра через 1 и 3 мес терапии (рис. 1).

Статистическая обработка данных проведена с помощью пакета программ Statistica 6, Microsoft Excel 2010. Поскольку результаты имели распределение, отличное от нормального, расчеты производились с использованием непараметрических методов, а полученные данные представлены в виде медианы, верхнего и нижнего квартилей: P50 (P25; P75). Критерий Манна–Уитни (Z) применяли для сравнения 2 независимых групп, критерий Уилкоксона (z) – для сравнения 2 связанных групп, критерии Фридмана (χ^2) – для сравнения средних в более чем 2 зависимых группах. Результаты считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

По возрасту, степени гипермобильности суставов по шкале Бейтона, интенсивности боли по ВАШ, уровню болевого порога группы значимо не различались (табл. 1).

Динамика интенсивности боли по ВАШ в основной группе и группе сравнения представлена на рис. 2. В целом в основ-

ной группе у пациентов, принимавших Остеомед в течение 1 мес и регулярно выполнявших упражнения, отмечено уменьшение интенсивности боли ($z=3,516$; $p=0,000$); его отметили 16 (88,8%) пациентов этой группы и лишь у 2 (11,2%) человек положительной динамики не выявлено.

В группе сравнения получены аналогичные результаты: у 15 (83,3%) из 18 пациентов отмечено уменьшение боли и только у 3 (16,7%) из 18 – отсутствие положительной динамики.

Через 3 мес после начала лечения 8 (44,4%) из 18 пациентов основной группы отметили полное купирование боли, а 10 (55,5%) – стойкое снижение ее интенсивности ($z=3,723$; $p=0,000$). Рецидивирования болей в этой группе не отмечено.



Рис. 1. Цифровой альгометр, модель FPX-50 (Wagner Instruments, США); единица измерения – Ньютон (Н)

Таблица 1

Характеристика обследованных			
Показатель	Основная группа (n=18)	Группа сравнения (n=18)	Критерий Манна–Уитни; уровень значимости p
Возраст	24,3 (22; 28)	24,0 (21; 26)	U=150,5; p=0,713
Интенсивность боли по ВАШ до лечения, см	5,5 (5; 7)	5,0 (4; 5)	U=160,5; p=0,247
Болевой порог до лечения, Н	27 (19,8; 30,1)	23,9 (19,0; 29,7)	U=144,0; p=0,569
Гипермобильность сустава по шкале Бейтона, баллы	7 (6; 8)	7,5 (4; 9)	U=152,5; p=0,758

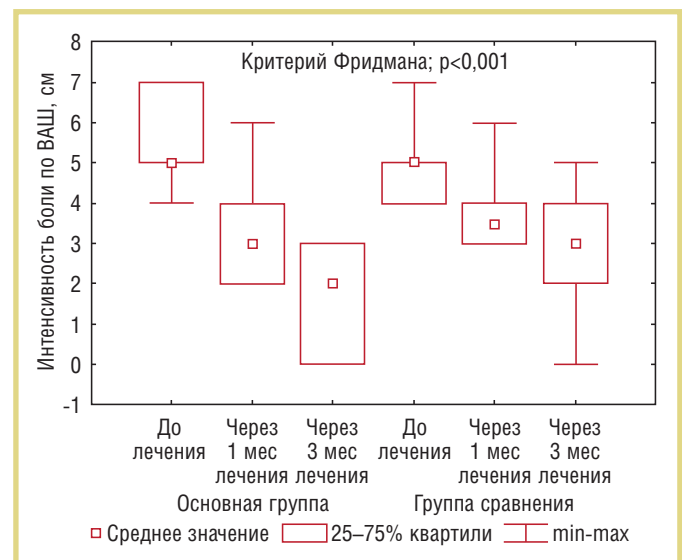


Рис. 2. Динамика интенсивности боли по ВАШ у пациентов основной группы и группы сравнения

Динамика интенсивности боли по ВАШ и болевого порога у пациентов основной группы и группы сравнения на фоне лечения

Таблица 2

Показатель	Основная группа (n=18)	Группа сравнения (n=18)	Критерий Манна-Уитни; уровень значимости p
Интенсивность боли по ВАШ через 1 мес лечения, см	3,27 (2; 4)	3,5 (3; 4)	U=120,5; p=0,189
Интенсивность боли по ВАШ через 3 мес лечения, см	1,5 (0; 3)	3 (2; 4)	U=81,5; p=0,010
Болевой порог через 1 мес лечения, Н	38,5 (26,1; 45,0)	26,5 (22,0; 36,3)	U=96,0; p=0,036
Болевой порог через 3 мес лечения, Н	109,8 (89,8; 130,7)	61,6 (25,1; 90,8)	U=44,0; p=0,000

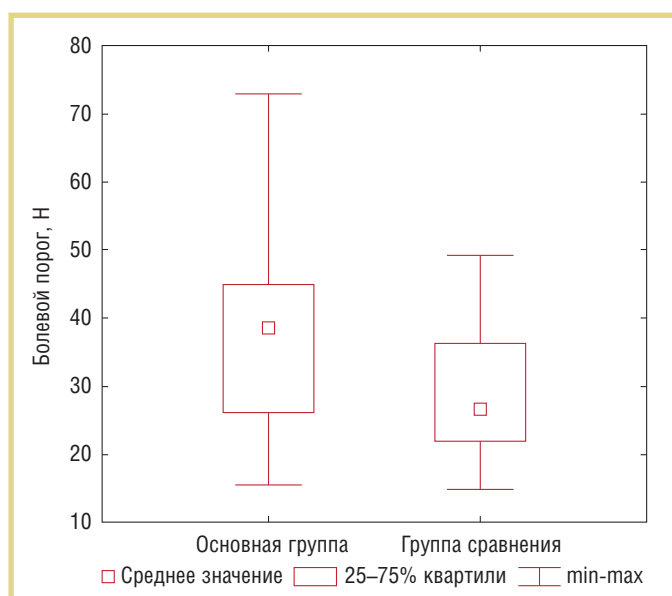


Рис. 3. Болевой порог у пациентов основной группы и группы сравнения через 1 мес лечения

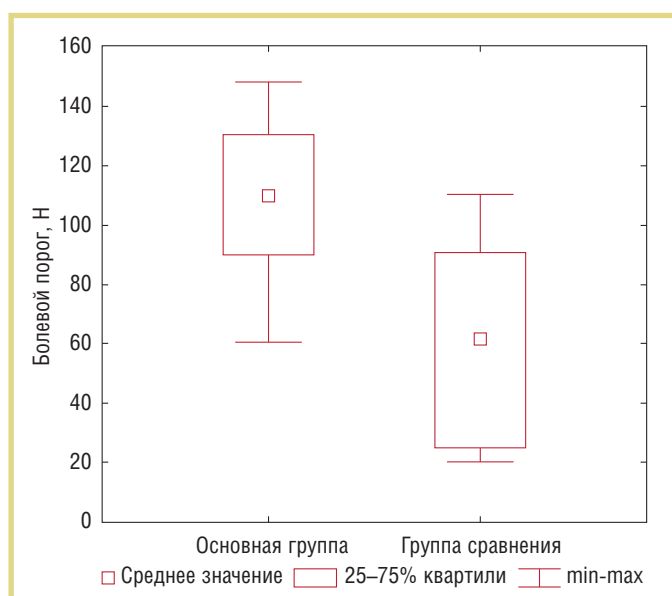


Рис. 4. Болевой порог у пациентов основной группы и группы сравнения через 3 мес лечения

В группе сравнения через 3 мес только у 2 (11,1%) пациентов из 18 боль была полностью купирована, у 13 (72,2%) отмечалось стойкое ее ослабление, у 3 (16,7%) – рецидивирование ($z=2,548$; $p=0,010$).

Таким образом, интенсивность боли по ВАШ в основной группе и группе сравнения в одинаковой степени уменьшилась через 1 мес лечения ($U=120,5$; $p=0,189$). Однако у пациентов основной группы, у которых в комплекс лечения

был включен препарат Остеомед, выявлено статистически значимое снижение интенсивности боли через 3 мес терапии в отличие от пациентов группы сравнения ($U=81,5$; $p=0,010$); табл. 2.

У пациентов обеих групп отмечено достоверное повышение болевого порога через 1 мес лечения ($U=96,0$; $p=0,036$); рис. 3. После 3 мес терапии с применением препарата Остеомед в основной группе наблюдалось статистически более значимое повышение болевого порога ($U=44,0$; $p=0,000$), чем в группе сравнения (рис. 4). Побочных эффектов при приеме препарата не наблюдалось.

Итак, по данным исследования, Остеомед является эффективным средством лечения пациентов с СГМС. Его необходимо включать в комплексную немедикаментозную программу купирования таких больных, так как этим обеспечивается как повышение порога болевой чувствительности, так и снижение выраженности болевого синдрома.

Литература

1. Castori M. Joint hypermobility syndrome (a.k.a. Ehlers–Danlos Syndrome, Hypermobility Type): an updated critique // G. Ital. Dermatol. Venereol. – 2013; 148 (1): 13–36.
2. Hakim A., Sahota A. Joint hypermobility and skin elasticity: the hereditary disorders of connective tissue // Clin. Dermatol. – 2006; 24 (6): 521–33.
3. Викторова И.А., Киселева Д.С., Коншу Н.В. Тактика ведения молодых пациентов с синдромом гипермобильности суставов врачом общей практики // Сиб. мед. обозрение. – 2011; 6 (72): 103–4.
4. Викторова И.А., Коншу Н.В., Румянцев А.В. Синдром гипермобильности суставов: клиническое значение, прогноз, взаимосвязь с риском возникновения остеоартроза // Архив внутренней медицины. – 2015; 2 (22): 3–8.
5. Дац Л.С. и др. Прогнозирование осложнений при синдроме гипермобильности суставов у подростков // Сиб. мед. журн. – 2012; 113 (6): 38–40.
6. Grahame R., Bird H., Child A. The revised (Brighton, 1998) criteria for the diagnosis of benign joint hypermobility syndrome (BJHS) // J. Rheum. – 2000; 27 (7): 1777–9.
7. Струков В.И. и др. Известные и новые технологии в лечении и профилактике остеопороза. Остеомед – эффективный регулятор кальциевого обмена. Уч. пособие / Пенза, 2011.

COMBINATION THERAPY FOR JOINT HYPERMOBILITY SYNDROME

N. Konshu, Candidate of Medical Sciences
Omsk State Medical University

In patients with joint hypermobility syndrome, several factors, such as reduced pain threshold and lower bone mineral density, connective tissue structural weakness that leads to permanent joint soft tissue microtraumas and pain, play a role in the pathogenesis of arthralgias. Osteomed stimulates collagen production, reinforces connective tissue structures, and increases pain threshold, contributing to a prompt reduction in the degree of pain syndrome (after 1-month drug administration) and its steady-state relief (after 3-month therapy).

Key words: joint hypermobility syndrome, pain syndrome, Osteomed.