

С.В. Попович, М.В. Тимошков, Українська Академія Біологічної Медицини, г. Київ

Базисна біорегуляційна терапія дегенеративно-дистрофічних захворювань опорно-двигательного апарату

В настоящее время актуален вопрос повышения эффективности, безопасности и улучшения переносимости лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний (ДДЗ) опорно-двигательного аппарата (ОДА). В Украине в последние десятилетия увеличивается количество ортопедов-травматологов, успешно решающих этот вопрос с помощью интеграции биорегуляционного подхода в протоколы лечения ДДЗ ОДА (к базисным препаратам биорегуляционного действия, предназначенным для терапии ДДЗ ОДА, относятся Цель Т, Дискус композитум, Траумель С) [2-4].

Следующий важный момент – широкое применение биорегуляционного подхода семейными врачами. Использование его на начальном этапе развития ДДЗ ОДА будет способствовать замедлению скорости прогрессирования дегенеративно-дистрофических изменений и повышению качества жизни пациентов.

Среди ДДЗ ОДА можно выделить такие наиболее часто отмечающиеся патологии – остеоартроз (ОА) [9, 16, 19, 24, 31, 35, 37], спондилез [36, 40], остеохондроз [17, 36, 38], хронические стрессовые поражения ОДА [18, 36, 52], асептический некроз [36, 49, 53].

Клинические протоколы рекомендуют проведение комплексного лечения ДДЗ ОДА, включающего:

- медикаментозную терапию – хондропротекторы, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), глюкокортикостероиды (ГКС); остеотропные препараты, улучшающие внутрикостное и регионарное кровообращение и подавляющие активность лизосомальных ферментов; миорелаксанты, антиоксиданты, витамины, минералы [24, 35, 38, 48];
- хирургические и ортопедические вмешательства [28, 34, 42];
- функциональные методы – ортопедический режим, массаж, лечебную физкультуру, мануальную терапию, физиотерапию, санаторно-курортное лечение [29].

Учитывая доминирование у пациентов с ДДЗ ОДА болевых синдромов [24, 33, 36], для их купирования наиболее часто применяют НПВП и КС. Противовоспалительное и анальгезирующее действие данных препаратов часто служит эталоном для клинического исследования эффективности других лекарственных средств с аналогичными свойствами. Однако их длительный прием обуславливает целый ряд побочных эффектов НПВП – НПВП-гастропатии, кардиомиопатии, влияние на показатели артериального давления, снижение фильтрационной функции почек, токсический гепатит, вторичный остеопороз и др., что ухудшает переносимость лечения и качество жизни пациентов [5, 20, 48].

Таким образом, вопрос эффективности и безопасности терапии ДДЗ ОДА окончательно не решен, а результаты лечения в большинстве случаев неудовлетворительны. Это и обуславливает необходимость поиска новых терапевтических подходов [5, 48].

Прогрессивным подходом к лечению ДДЗ ОДА считается комплексная патогенетическая биорегуляционная терапия – КПБТ (ранее использовался термин «антигомотоксическая терапия») [2-4, 25]. Своим биорегуляционным действием она органично дополняет, расширяет и углубляет патогенетическую терапию, предусмотренную клиническими протоколами, а в некоторые из них она уже вошла [2-4]. Для данного метода характерны комплексная физиологическая активация защитных систем организма и восстановление механизмов саморегуляции [2-4, 25, 43]. Реализуется КПБТ при помощи комплексных биорегуляционных препаратов (КБП), воздействующих на типовые патогенетические процессы (эндотоксикоз, нарушение микроциркуляции и метаболизма, энергодифицит, воспаление и др.) [2-4, 27, 51].

Накоплена убедительная научно обоснованная доказательная база применения биорегуляционных/антигомотоксических препаратов [5-8, 10, 11, 14, 15, 21, 23, 26, 27, 32, 35, 39-41, 44, 46]. Биорегуляционное воздействие КБП было продемонстрировано немецким ученым Х. Хайне в 1998 г., который доказал, что ведущим механизмом действия КБП является вспомогательная иммунологическая реакция, которая индуцирует синтез регуляторных Т-клеток (Th3) [5, 43].

Ряд клинических исследований показал, что КПБТ хорошо сочетается с аллопатической терапией ДДЗ ОДА, дополняет и улучшает ее, а в некоторых случаях применяется в виде базисного лечения. Моно- или комбинированная терапия КБП, а также ее включение в стандартные схемы обеспечивают стойкие положительные клинические результаты при лечении пациентов с ОА [10, 11, 35, 37, 39, 40, 47, 48], плечелопаточным периартрозом [11, 41], остеохондрозом [11, 23, 41], болью в спине [46], остеохондропатией бугристой кости [11, 15], гемофилической артропатией [13].

W. Strosser и M. Weiser в рамках двойного слепого рандомизированного клинического исследования продемонстрировали лечебный эффект КБП Цель Т у пациентов с гонартрозом в сравнении с диклофенаком, в результате чего был сделан вывод об их сопоставимой терапевтической эффективности [54, 55].

Клинические рекомендации по применению основных КБП на начальных стадиях ДДЗ ОДА

При начальных проявлениях дегенеративно-дистрофического процесса ОДА, с которыми, как правило, сталкиваются семейные врачи, в первую очередь применяются базисные КБП органонаправленного действия. Они содержат в сверхнизких дозах растительные, минеральные и животные (суис-органные) компоненты, а также биокатализаторы и потенцированные витамины, которые способствуют комплексному восстановлению процессов локальной биорегуляции и репарации [13, 22, 25, 43]. Это позволяет замедлить и даже приостановить на некоторое время прогрессирование дегенеративно-дистрофического процесса, улучшить функцию соединительной ткани и ОДА [11, 13, 48].



Базисным биорегуляционным препаратом для коррекции метаболических и структурных нарушений в суставном хряще при ОА и спондилоартрозе является Цель Т (раствор для инъекций, таблетки и мазь) [11, 12, 25, 39, 45]. Его следует рассматривать не как хондропротектор заместительного действия (источник компонентов соединительной ткани), а как хондропротектор биорегуляционного действия, способствующий восстановлению нарушенных метаболических и репаративных процессов в суставном хряще [11, 12, 43]. Он также оказывает хондростимулирующее, противовоспалительное, анальгезирующее и регенерирующее действие [11-13, 25, 46]. Хондропротекцию в первую очередь обеспечивает группа потенцированных суис-органых компонентов из хрящей коленного и тазобедренного суставов, ткани пуповины и плаценты, эмбриона свиньи [11, 12, 22, 25, 43]. Входящая в его состав сера участвует в синтезе структурных элементов хрящевой ткани. Препарат способствует выработке синовиальной жидкости, тем самым улучшая функциональные характеристики сустава и обменные процессы в хряще. Цель Т также содержит флавоноиды, известные своими антиоксидантными свойствами [7]. В эксперименте было показано, что применение препарата Цель Т у животных с индуцированным артрозом способствовало уменьшению эрозии хряща по сравнению с контрольной группой [54]. Работы Дж. Бонфилио и П. Церера также указывают на эффект ревитализации суставного хряща при внутрисуставных инъекциях КБП Цель Т [8].

На начальной стадии ОА используется, как правило, одна лекарственная форма препарата, наиболее удобная пациенту, в последующем – две или три одновременно. Инъекции препарата Цель Т следует проводить подкожно или внутрикостно, как можно ближе к пораженному суставу (параартикулярно). Сравнительные исследования эффективности внутрисуставных и периартикулярных инъекций КБП Цель Т продемонстрировали отсутствие существенных различий достигнутого эффекта [37, 50]. Эти данные и простота проведения околосуставных инъекций позволяют широко применять данный препарат в практике семейных врачей. Дозировка КБП Цель Т колеблется от 1 ампулы при артрозе 1 степени до 2 ампул при поражении 2-3 степени 1-2 раза в неделю. Также учитывается размер сустава: при патологии коленного сустава используется 1 ампула, тазобедренного – 2 ампулы [13, 39, 40]. После курса инъекций прием препарата Цель Т можно продолжить (в форме таблеток или мази). Таблетки Цель Т рассасывают под языком. Мазь Цель Т применяют как с повязкой, так и в виде втираний 1-5 раз в сутки (чаще – 3 раза) [1]. Высокая эффективность наблюдается при использовании мази Цель Т в сочетании с физиотерапевтическими методами – ультра-, электрофорезом и амплипульсом [29].

Базисным биорегуляционным препаратом для коррекции метаболических и структурных нарушений в соединительной ткани, а именно в межпозвоночных дисках (пульпозном ядре, фиброзном кольце), при остеохондрозе, внутрисуставных связках и менисках является Дискус композитум (раствор для инъекций) [25, 27, 32, 43]. Он обладает метаболическим, регенерирующим, анальгезирующим и противовоспалительным эффектами. Препарат оказывает прямое метаболическое (трофическое) действие при остеохондрозе – способствует улучшению эластических свойств межпозвоночного диска и повышению его гидрофильности [25, 32]. Инъекции препарата Дискус композитум наиболее целесообразно проводить подкожно или внутрикостно, как можно ближе к пораженному сегменту позвоночника – между остистыми отростками. Если же поражен мениск или связки сустава – околосуставно. Дозировку препарата подбирают в соответствии с выраженностью симптомов или стадией заболевания: 1 ампула 1-3 раза в неделю. При острой радикулярной боли возможно попеременное (но не одновременное!) применение препарата Дискус композитум и КС. Как указывает В. Ландауэр (1984), такая комбинация препаратов позволяет снизить дозу КС до 3-6 инъекций на курс лечения. Когда невозможно провести парентеральное введение, препарат применяется в виде «питьевых ампул», т. е. сублингвально [25, 27].

В случае присоединения воспаления или при сопутствующем воспалительном процессе, например реактивном синовите при ОА, а также при лечении спортсменов и лиц с микротравматизацией мышечно-связочного аппарата ОДА в схему терапии включается противовоспалительный препарат Траумель С (раствор для инъекций, таблетки, мазь) [5, 6, 25, 32, 43]. В отличие от подавляющего и блокирующего противовоспалительного действия традиционных НПВП и КС действие препарата Траумель С принципиально другое – биорегуляционное [5, 43, 45]. Благодаря 14 растительным и минеральным компонентам, находящимся в сверхнизких (гомеопатизированных) дозах, он запускает вспомогательную иммунологическую реакцию, которая способствует восстановлению баланса между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами [5, 22, 25, 32, 43, 45]. Таким образом, Траумель С оптимизирует течение воспалительного процесса физиологическим путем и способствует его полному завершению с максимально возможным восстановлением структуры и функции ткани [5, 43, 45]. Такое действие способствует снижению риска развития спаек и контрактур. Также следует отметить наличие обезболивающего, противоотечного и противоэкссудативного эффектов препарата Траумель С, возможность улучшения микроциркуляции и оптимизации скорости репаративных процессов на фоне его использования [25, 45, 46].

Рандомизированные контролируемые клинические исследования показали, что Траумель С по эффективности в случае травм и воспалительных заболеваний ОДА достоверно превосходит плацебо и не уступает диклофенаку [5, 6]. Когортные исследования продемонстрировали, что терапия препаратом Траумель С сопоставима с традиционным подходом с точки зрения скорости наступления терапевтического эффекта [5, 25, 48]. Исследования безопасности препарата подтвердили отсутствие побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта, печени и почек на фоне терапии препаратом Траумель С [5, 25, 26]. Острые радикулярные синдромы успешно поддаются КПБТ без дополнительного применения НПВП или КС. Так, В.В. Гавура, А.А. Гарус, применяя КБП Траумель С и Цель Т в комплексном лечении пояснично-крестцового радикулита, сделали вывод о высокой терапевтической активности данной стратегии у 85% пациентов, которые ранее получали НПВП и КС без выраженной положительной динамики [14].

Выводы

1. Современная комплексная патогенетическая терапия ДДЗ ОДА может дополняться биорегуляционным подходом, в частности использованием КБП Цель Т, Дискус композитум, Траумель С.
2. КПБТ является патогенетически обоснованной лечебной тактикой с подтвержденной эффективностью и направлена на восстановление процессов саморегуляции, коррекцию метаболических и структурных нарушений в соединительной ткани [1-4].
3. Универсальность и доступность КПБТ позволяют широко применять ее врачам общей практики – семейной медицины.
4. Использование биорегуляционной терапии семейными врачами на начальном этапе ДДЗ ОДА способствует замедлению дальнейшего прогрессирования нарушений.

Список литературы находится в редакции.
Информация о лекарственных средствах предназначена для медицинских и фармацевтических работников.

Обучение врачей
методам биорегуляционной медицины
Детальная информация: тел. (044) 451-92-72.
e-mail: info@uabm.org
Регистрация на сайте www.uabm.org