

О.А. Бур'янов, д.м.н., професор, Т.М. Омельченко, к.м.н., кафедра травматології та ортопедії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ

# Сучасні підходи до системного комплексного лікування хворих на дегенеративно-дистрофічні ураження хребта

**З**а даними ВООЗ, серед причин звернення хворих за первинною ортопедичною консультацією біль у спині посідає друге місце. Хоча б один раз у житті біль у спині відчували 90% населення планети, а в 5% випадків має місце хронічна проблема.



У розвинутих країнах біль у спині, найчастіше в поперековому відділі хребта (low back pain – LBP), – одна з найпоширеніших причин ортопедичної інвалідності людей віком до 45 років. За сучасною класифікацією, залежно від причини виникнення розрізняють первинний біль (неспецифічний LBP) та вторинний біль (специфічний LBP).

На частку первинного болю у спині припадає понад 90% усіх випадків. Його головною причиною вважають дегенеративно-дистрофічні ураження хребта – остеохондроз (первинне ураження міжхребцевих дисків) та спондилоартроз (первинне ураження дуговідросткових суглобів хребта) з подальшим залученням до процесу інших елементів хребта: тіл і дужок хребців, зв'язкового апарату, м'язів та сухожилків, нервових структур. У МКХ-10 виділена окрема рубрика М54.5 «Біль у нижній частині спини».

Вторинний біль у спині зустрічається приблизно у 8-10% випадків. Він зазвичай зумовлений пухлинним, запальним, травматичним або інфекційним ураженням структур хребта (остеомієлітом, абсцесом, туберкульозом, герпесом) і є результатом системних дисметаболических процесів (остеопороз), захворювань внутрішніх органів, первинного ураження нервової системи (спинного мозку, корінців, периферичних нервів). Саме ці захворювання та патологічні стани є провідними для диференційної діагностики, а їх наявність докорінно змінює тактичні підходи до лікування.

За сучасними уявленнями, остеохондроз – це дегенеративно-дистрофічне захворювання хребта з первинним ураженням міжхребцевого диска та характерними структурно-функціональними порушеннями. У генезисі остеохондрозу визначальним фактором є формування «хибного кола» дистрофічних і дегенеративних змін на різних рівнях організації системи рухових сегментів хребта: органному, тканинному,

клітинному та молекулярному. Спочатку дегенеративні зміни відбуваються в міжхребцевому диску. Останній поступово втрачає вологу, погіршується амортизаційна функція пульпозного ядра, часто воно фрагментується. Фіброзне кільце втрачає еластичність, потоншується, розм'якшується та розшаровується, у ньому з'являються тріщини; при цьому фрагменти пульпозного ядра вип'ячують зовнішні шари фіброзного кільця. З'являються протрузії, а згодом – грижі. У подальшому процес поширюється на тіла суміжних хребців. Велике значення у виникненні клінічних симптомів мають зміни в нервовому корінці. Зазвичай при остеохондрозі уражається екстрадуральна зона корінця (на проміжку від твердої мозкової оболонки до спинномозкового ганглію). Протрузія або грижа, стискаючи нервовий корінець, створює на його поверхні вдавнення. У подальшому нервовий корінець деформується та розтягується. Відповідно до сучасної класифікації виділяють три стадії остеохондрозу, які обов'язково слід враховувати при визначенні тактики лікування хворих даної категорії: перша стадія – внутрішньодисковий зміщення драглистого ядра, друга – протрузія міжхребцевого диска, третя – грижа диска.

Клінічні прояви дегенеративно-дистрофічних уражень хребта зумовлені дискалгіями, спондилоартралгіями та нестабільністю. Сьогодні розрізняють три форми нестабільності при дегенеративно-дистрофічних ураженнях хребта: дискогенну, дискартрогенну і дискартроостеогенну.

Синдром дискалгії характеризується комплексом клінічних проявів, що включають значний біль, неврологічні прояви та виражені міотонічні реакції, які призводять до функціонального блоку сегментів хребта. Причиною формування блоку є патологічні зміни міжхребцевих дисків – внутрішньодисковий зміщення драглистого ядра, протрузії та грижі диска. При цьому розвиток більшого синдрому зумовлений іритациєю закінчень зворотної гілки синувтертебрального нерва (механічного та хімічного характеру), розташованих у задніх стінках фіброзного кільця, задній поздовжній зв'язці, твердій мозковій оболонці. При безпосередньому здавленні елементами диска чутливої гілки нервового корінця формуються корінцевий більовий синдром та чутливі, рухові і трофічні зміни відповідної локалізації.

Дегенеративно-дистрофічні ураження суглобів хребта (спондилоартроз) призводять до розвитку спондилоартралгії. Остання характеризується типовим симптомоком-

плексом і проявляється болем (люмбалгія, дорсалгія) різної інтенсивності, з поступовим початком і повільним прогресуванням, що посилюється при переході зі стану спокою до руху та зменшується після розминки чи масажу, супроводжується обмеженням рухів (розгинання та ротації), тугорухомістю. Такий стан може супроводжуватися відчуттям хрусту в хребті. В основі спондилоартралгії лежить подразнення закінчень медіальної гілочки спинномозкового нерва.

Вирішення лікувально-профілактичних завдань при дегенеративно-дистрофічних ураженнях хребта можливе з використанням методології системного комплексного підходу. У рамках цього підходу структуру та функції хребта розглядають як систему, що виконує опорну, захисну та рухову функції. Основним елементом цієї системи є сегмент хребта, підсистема якого включає два суміжні хребця, міжхребцевий диск, парні дуговідросткові, реберно-хребцеві та реберно-поперечні зчленування, м'язовий і зв'язковий апарат. При I та II стадіях остеохондрозу застосовують консервативну терапію. Оперативне лікування можливо застосувати на II та III стадіях остеохондрозу за наявності вираженої неврологічної симптоматики, стійкого інтенсивного більового синдрому, парезів, паралічів тощо.

Сучасне лікування дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта базується на принципах доказовості, поетапності, безперервності та наступності. Воно передбачає індивідуальний та комплексний підходи до хворого.

Головними завданнями лікування є уповільнення прогресування дегенеративного процесу, зменшення інтенсивності запалення та більового синдрому, підвищення функціональної активності і якості життя хворих. Вирішення поставлених завдань неможливе без ефективного комплексного впливу на численні ланки патогенезу дегенеративно-дистрофічного та запального процесу. Вищевказане обумовлює актуальність комплексного застосування ефективних і безпечних хондропротекторних, протизапальних та знеболювальних препаратів, міорелаксантів і нейротропних фармакологічних засобів.

Одним з ефективних комплексних хондропротекторних препаратів є Хондротин Комплекс, який випускається ПАТ «Фітофарм» (Україна) у вигляді капсул, що містять хондротинсульфату (ХС) натрію 400 мг та глюкозаміну гідрохлориду 500 мг. Виражену місцеву протизапальну та хондропротекторну активність виявляє препарат Хондротин-Фіто-

**Таблиця 1. Рейтингова шкала Roland-Morris для BRL (RDQ-24)**

№/№	Критерії оцінки функціонального стану хворих	Бали
1.	Я залишаюся вдома більшу частину часу через мою спину	1
2.	Я часто змінюю положення, щоб зручніше розташувати спину	1
3.	Я йду повільніше, ніж звичайно, через мою спину	1
4.	Через мою спину я не можу виконувати будь-яку хатню роботу	1
5.	Я змушений використовувати перила при ходьбі по сходах	1
6.	Через мою спину я змушений частіше лягати відпочивати	1
7.	Через мою спину я змушений триматися, щоб піднятися з крісла	1
8.	Через мою спину я змушений просити інших допомагати мені	1
9.	Я вдягаюся повільніше, ніж звичайно, через мою спину	1
10.	Я можу стояти лише короткі проміжки часу через мою спину	1
11.	Через мою спину я намагаюся не згинати коліна	1
12.	Мені важко підвестися з крісла через мою спину	1
13.	Моя спина болить майже постійно	1
14.	Мені важко перевертатися в ліжку через мою спину	1
15.	Через біль у спині мій апетит поганий	1
16.	Мені важко вдягати шкарпетки (панчохи) через біль у спині	1
17.	Пішки я можу пересуватися лише на короткі відстані через біль у спині	1
18.	Я не можу спати на спині	1
19.	Через біль у спині я змушений вдягатися із сторонньою допомогою	1
20.	Я змушений сидіти упродовж більшої частини дня	1
21.	Я уникаю більшості хатньої роботи	1
22.	Через біль у спині я дратівливий, часто не можу порозумітися з людьми	1
23.	Через біль у спині я йду вгору повільніше, ніж звичайно	1
24.	Я залишаюся у ліжку більшу частину часу через значний біль у спині	1
	<b>Всього</b>	<b>24</b>

**Таблиця 2. Інтегральна оцінка результатів проведеного лікування у динаміці**

Параметри оцінки	Групи спостереження	До лікування		Через 30 діб		Через 60 діб	
		Основна	Контроль	Основна	Контроль	Основна	Контроль
ВАШ (E. Huskisson)		84,3	83,9	17,2**	22,4**	14,1**	19,7
Середній показник за шкалою Roland-Morris (RDQ-24), балів		69,7	68,4	26,4**	28,7**	21,3*	27,5
Оцінка результату лікування лікарем*	Неефективне	-	-	-	-	-	-
	Недостатне	-	-	-	7,68%	-	15,87%
	Задовільне	-	-	30,45%	72,86%	26,32%	70,54%
	Добре	-	-	55,13%	16,34%	58,37%	13,59%
Оцінка результату лікування пацієнтом*	Відмінно	-	-	14,42%	3,12%	15,31%	-
	Неефективне	-	-	-	-	-	-
	Недостатне	-	-	-	8,89%	-	16,76%
	Задовільне	-	-	33,45%	76,34%	19,73%	79,45%
	Добре	-	-	57,89%	13,56%	69,30%	3,79%
	Відмінно	-	-	8,66%	1,21%	10,97%	-

Примітки: \* p < 0,05; \*\* p < 0,01 при порівнянні до та після лікування.

**Таблиця 3. Частота виникнення небажаних побічних реакцій при застосуванні препарату Хондротин Комплекс**

Побічна реакція	Основна (n=30)		Контрольна (n=30)	
	абс.	%	абс.	%
Головний біль	2	6,5	2	9
Порушення сну, сонливість	-	-	1	4,5
Запаморочення	1	3,4	-	-
Нудота	4	13,5	8	36,4
Біль і дискомфорт в епігастральній ділянці	7	23,5	19	86,4
Метеоризм	2	6,5	2	9
Діарея	-	-	4	18,2
Закреп	2	6,5	3	13,6
Алергічні реакції	-	-	1	4,5



О.А. Бур'янов, д.м.н., професор, Т.М. Омельченко, к.м.н., кафедра травматології та ортопедії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ

## Сучасні підходи до системного комплексного лікування хворих на дегенеративно-дистрофічні ураження хребта

Продолжение. Начало на стр. .

ження інтенсивності больового синдрому (показник ВАШ – 14,1). У хворих контрольної групи також відмічено зменшення інтенсивності больового синдрому, але після припинення прийому НПЗП упродовж наступних 30 днів статистично значущої динаміки у подальшому зменшенні больового синдрому не спостерігалось. Динаміка зміни показника в контрольній групі – 83,9;22,4;19,7 (рис. 1).

Отже, тривалість і стійкість клінічного ефекту, зокрема знеболювального його компоненту, у хворих основної групи достовірно переважали такі в учасників контрольної групи.

Оцінка функціонального стану хворих за шкалою Roland-Morris (RDQ-24) засвідчила достовірне зростання активності пацієнтів через 30 днів після початку лікування як в основній (з 69,7 до 26,4 балу), так і в контрольній (з 68,4 до 28,7 балу) групі. При цьому, як видно з таблиці 1 та рисунку 2, динаміка зростання активності в основній групі була вищою. Через 60 днів спостереження в основній групі хворих активність продовжувала зростати (показник за шкалою зменшився з 26,4 до 21,8 балів), натомість у контрольній групі приріст активності практично не відзначався (28,7 і 27,5 балів).

За оцінкою лікаря через 30 днів в основній групі хворих відмінний клінічний результат був зафіксований у 14,42% хворих, хороший – у 55,13%, задовільний – у 30,45% учасників. Через 60 днів спостереження відмічалася позитивна динаміка перерозподілу результатів лікування, що характеризувалася зростанням відмінних і хороших результатів за рахунок зменшення частки хворих із задовільними результатами. У контрольній групі хворих у перші 30 днів від початку лікування зафіксована подібна тенденція, але в подальшому, після припинення застосування ацеклофенаку, позитивна динаміка в зменшенні больового синдрому була практично відсутня, хоча в цілому хворі почували себе набагато краще. Так, якщо через 30 днів у цій групі було відмічено 15,31% пацієнтів з відмінними результатами, то через 60 днів у них спостерігалось погіршення результатів терапії, що зумовило

збільшення частки хворих з недостатнім ефектом від лікування.

Оцінка результатів лікування пацієнтами показала аналогічну динаміку в обох групах хворих, однак кількість відмінних і хороших результатів була дещо нижчою.

Нами проведено оцінку переносимості препарату Хондротин Комплекс (табл. 3) у 30 хворих основної групи. Небажані побічні ефекти були відмічені у 14 (46%) пацієнтів, але прийому препарату упродовж курсу лікування та спостереження не припинив жоден з них. Перш за все побічні ефекти пояснювалися порушеннями режиму терапії, дієти упродовж лікування та швидко усувалися шляхом корекції відповідних чинників. Вираженість небажаних реакцій була оцінена в 1 бал у 8 (57%) та у 2 бали в 6 (43%) хворих (слабка або помірна). Найчастішими небажаними реакціями були біль і дискомфорт в епігастральній ділянці (у 7 (23,5%) хворих), а також відчуття нудоти (у 4 (13,5%) пацієнтів). Важливо зауважити, що ці та інші побічні реакції, асоційовані з прийомом препарату, швидко усувалися шляхом корекції режиму його застосування, а також дієти. У контрольній групі (n=30) небажані побічні реакції зафіксовані у 22 (73%) хворих. Найбільш частими проявами були відчуття нудоти (36,4%), біль і дискомфорт (86,4%) в епігастральній ділянці.

### Висновки

Результати проведеного клінічного дослідження продемонстрували високу ефективність застосування хондропротектора Хондротин Комплекс у комплексному консервативному лікуванні хворих із синдромом первинного болю в спині, зумовленим дегенеративно-дистрофічними ураженнями хребта, в періоді загострення в аспекті безпеки, швидкості настання та стійкості отриманого клінічного результату.

При застосуванні препарату Хондротин Комплекс відзначено достовірне, тривале та стійке зменшення больового синдрому за ВАШ, значне та стійке зростання функціональної активності хворих за шкалою Roland-Morris (RDQ-24) у межах терміну спостереження.



Рис. 1. Динаміка інтенсивності больового синдрому за показником ВАШ в основній та контрольній групах до лікування, через 30 та 60 днів із моменту ініціації терапії



Рис. 2. Динаміка функціонального стану хворих за шкалою Roland-Morris (RDQ-24) в основній та контрольній групах до лікування, через 30 та 60 днів із моменту ініціації терапії

Оцінка якості лікування пацієнтами та лікарем також засвідчила ефективність і безпеку застосування засобу Хондротин Комплекс.

Аналіз характеру та частоти виникнення побічних реакцій в основній та контрольній групах дозволив зробити висновок, що лікування, до складу якого входить Хондротин Комплекс, має високий профіль безпеки. Підтверджено безпеку застосування препарату Хондротин Комплекс у хворих із загостреннями LBP-синдрому на тлі дегенеративно-дистрофічних уражень хребта за умови дотримання рекомендованих частоти прийому, дози препарату та дієти.

Список літератури знаходиться в редакції.