

Пісоцька О. В., Пісоцька К. О.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

Інноваційний підхід до лікування пацієнтів з неспецифічним болем у спині

За даними великомасштабного транснаціонального дослідження Global Burden of Disease Study, майже третина населення планети (28,4 %) віком 20—69 років відзначає епізоди болю у спині, а понад 84 % респондентів перенесли відносно тривалий епізод такого болю не менше як один раз протягом життя.

Найбільшу питому вагу (близько 90 %) серед причин болю в спині становить неспецифічний біль, який розвивається внаслідок дегенеративно-дистрофічних змін в міжхребцевому диску (МХД), дуговідросткових (фасеткових) суглобах, крім того, може бути зумовлений залученням до патологічного процесу зв'язок, м'язів, сухожилів, фасцій і невральних структур. Одним з найважливіших факторів, що сприяють хронізації болю в спині, є руйнування хрящової тканини, що залучає як МХД, так і фасеткові суглоби. Це призводить до біомеханічних порушень, які провокують подальше прогресування патологічного процесу в структурах хребта. Тому доцільним є застосування препаратів структурно-модифікуючої дії (symptomatic slow-acting drugs for osteoarthritis), що стимулюють продукцію матриксу хряща (передусім протеогліканів) в хондроцитах і таким способом сприяють уповільненню дегенерації хрящової тканини.

Метою дослідження стало вивчення ефективності комбінованого застосування препаратів такої дії, а саме гідролізату колагену FORTIGEL®Профлекс, комплексу глюкозаміногліканів БОННІ хондро і ендогенного хондропротектора САМ-е 400 (SAM-e 400) у пацієнтів з дегенеративно-дистрофічними захворюваннями хребта (ДДЗХ).

У дослідження залучено 32 хворих (15 чоловіків і 17 жінок) віком від 36 до 81 років (середній вік — $54,64 \pm 2,34$ роки) з тривалістю болю від одного тижня до 25 років (середня тривалість — $5,59 \pm 1,45$ років).

Усі пацієнти отримували препарати за такою трикроковою схемою: крок 1 — САМ-е 400 1 таблетка 2 рази на добу протягом місяця; крок 2 — БОННІ хондро 1 стік на добу протягом 3 місяців після САМ-е; крок 3 — профЛЕКС 1 флакон 1 раз на добу протягом 3 місяців. Оскільки кроки 2 та 3 відбувались паралельно, загальний курс лікування становив 4 місяці.

Оцінку результатів проводили за такими критеріями: оцінка болю за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) і функціонального стану за опитувальником Роланда — Моріса (ОРМ) на початку дослідження та через 4 місяці лікування.

Результати. Після чотирьох місяців застосування запропонованої схеми приймання хондропротекторів вірогідно зменшився як бал за ВАШ, так і бал за ОРМ в досліджуваній групі без відмінності між чоловіками та жінками.

Ступінь інвалідності за ОРМ загалом у групі зменшився удвічі ($p < 0,001$), при цьому серед жінок — удвічі, серед чоловіків — у 1,8 разів ($p < 0,001$). Тобто лікування призвело до покращення якос-

ті життя завдяки зниженню ступеня інвалідності, про що свідчило зменшення скарг з приводу болю в досліджуваній групі на $51,75 \pm 2,56$ % (серед жінок — на $51,74 \pm 3,84$ %, серед чоловіків — на $51,77 \pm 3,51$ %). Старші за віком жінки на початку дослідження мали більшу інтенсивність болю за ВАШ ($r = 0,35$) та вищий ступінь інвалідності за ОРМ ($r = 0,44$). Після курсу терапії у цих пацієнток ступінь інвалідності залишався вищим ($r = 0,47$), ніж у молодших пацієнток. У пацієнток, у яких тривалість хвороби була меншою, різниця між балами ВАШ, балами ОРМ і рівнем інвалідності (% за ОРМ) перед та після курсу терапії була більшою ($r = -0,34$, $r = -0,43$ та $r = -0,47$ відповідно), ніж у пацієнток з меншою тривалістю хвороби. Старші за віком чоловіки також мали більшу інтенсивність болю за ВАШ ($r = 0,41$) та вищий ступінь інвалідності за ОРМ ($r = 0,39$). Після курсу терапії, як і у жінок, у старших за віком чоловіків ступінь інвалідності залишався вищим ($r = 0,39$), ніж у молодших пацієнтів. До початку курсу терапії найбільшу кількість скарг про вплив болю на повсякденне функціонування (бал за ОРМ) та рівень інвалідності через біль (відсоток за ОРМ) мали чоловіки, у яких тривалість хвороби була найменшою ($r = -0,41$ та $r = -0,40$ відповідно), ця тенденція залишалася і після курсу терапії ($r = -0,57$ та $r = -0,43$ відповідно).

Зменшення ступеня інвалідності як основного компонента зниження якості життя є свідченням довгострокової ефективності терапії та може поліпшувати прогноз професійної реабілітації пацієнтів з дорсалгіями. Вікові особливості динаміки показників ВАШ та ОРМ радше є пов'язаними з особливостями патогенезу ДДЗХ, а саме збільшенням ролі факторів агресії, що не блокуються жодним з компонентів терапії (лізис матриксу, спричинений металопротеїназами, ішемічний некроз хондроцитів, кальцинування матриксу через порушення кальцієвого обміну, приєднання остеопорозних процесів, що залежать від гормонального фону). Сильніший зв'язок між віком та тривалістю хвороби у жінок порівняно з чоловіками зумовлений наявністю додаткових факторів ДДЗХ, як-от остеопороз, асоційований з менопаузою, та вагітність.

Висновки. Трикрокова трикомпонентна схема, що складається з застосування САМ-е 400 протягом місяця з подальшим одночасним застосуванням БОННІ хондро та профЛЕКС протягом трьох місяців, є ефективною у лікуванні ДДЗХ та значно покращує якість життя пацієнтів. Більш раннє втручання та початок лікування є бажаними з огляду на схильність дегенеративних процесів до прогресивного перебігу з приєднанням великої кількості додаткових факторів агресії, що призводять до зниження ефективності запропонованої схеми. Варто розглядати трикрокову схему як першу лінію патогенетичної терапії як доповнення до симптоматичної терапії у пацієнтів з ДДЗХ.