

Застосування препарату «Хондроксид» при вертеброгенному больовому синдромі

Н.М.Грицай, Н.В.Литвиненко, Г.Я.Силенко, В.А.Пінчук,
Т.Й.Пурденко, О.Є.Паленка, С.В.Пурденко

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»
Полтава, Україна

Проведено обстеження 27 пацієнтів віком 39-59 років з вертеброгенним больовим синдромом в попереково-крижовому відділі хребта. 15 осіб отримували традиційну терапію, 12 осіб на фоні традиційного лікування отримували ультрафонофорез 5% мазі «Хондроксид» на попереково-крижовий відділ хребта. Застосування мазі «Хондроксид» у комплексному лікуванні призводило до значного зменшення больового синдрому на 6-7 день лікування. При 10-денному курсі лікування побічних ефектів не виявлено.

Ключові слова: больовий синдром, лікування, хондропротектори.

ВСТУП

За даними ВООЗ, понад 80% населення страждають від болю в хребті та суглобах, пов'язаного з дегенеративно-дистрофічними змінами в них. Біль у спині є однією з найбільш частих скарг, з якими хворий звертається до лікаря, і посідає перше місце серед причин непрацездатності в осіб молодше 45 років [1]. Особливу роль при цьому відіграє хронічний біль, який має складний патогенез із утворенням порочного кола: посилення психофізіологічної активності – біль. Хронічний перебіг болю в спині виявляється у 4% осіб в популяції [2-4].

Лікування хронічного болю потребує значних зусиль із використанням комплексу знеболюючих препаратів, антидепресантів, міорелаксантів, седативних засобів, вітамінів групи В [5]. Одним із сучасних досягнень фармакотерапії стало введення в клінічну практику нової групи препаратів із повільно діючими протиза-

пальними та структурно-модифікуючими властивостями – хондропротекторів [6].

Мазь «Хондроксид» є комплексним препаратом, що містить 5% хондроїтину сульфату та 10% диметилсульфоксиду (димексид), має протизапальну, анагетичну, структурно-модифікуючу дію. Димексид покращує транспорт хондроїтину сульфату, біологічна доступність якого в мазі «Хондроксид» становить 25%.

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності ультрафонофорезу 5% мазі «Хондроксид» («Нижфарм», Росія) в терапії пацієнтів із вертеброгенним больовим синдромом в попереково-крижовому відділі хребта.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для досягнення поставленої мети проведено обстеження 27 пацієнтів віком 39-59 років (середній вік $43,1 \pm 2,8$ року) з вертеброгенним больовим синдромом у попереково-крижовому відділі хребта, які знаходились на лікуванні в неврологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні. Усі обстежені були розподілені на 2 групи: 1 (контрольна) – хворі з вертеброгенним больовим синдромом (15 осіб), які отримували традиційну терапію; 2 (основна) група – хворі з вертеброгенним больовим синдромом (12 осіб), які на фоні традиційного лікування отримували ультрафонофорез 5% мазі «Хондроксид» на попереково-крижовий відділ хребта. Методика проведення ультрафонофорезу: режим ультразвуку безперервний, щільність – $0,4 \text{ Вт/см}^2$, по 4 хв. паравертебрально, щоденно, №10 на курс лікування. Люмбоішіалгію було діагностовано у 12 хворих (7 пацієнтів 1 групи та 5 другої групи), люмбагію – у 8 хворих (5 пацієнтів 1 групи та 3 другої групи), корінцеві синдроми виявлено у 7 хворих (3 пацієнти 1 групи та 4 другої групи).

ТАБЛИЦЯ 1

Динаміка вираженості болю у хворих з вертеброгенним больовим синдромом у попереково-крижовому відділі хребта на фоні лікування

Показники	Контрольна група, n=15		Основна група, n=12	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
ВАШ, см	8,32±0,16	3,85±0,18*	8,59±0,12	2,86±0,18* **
ШВО, бали	3,52±0,15	1,41±0,12*	3,77±0,09	1,10±0,06* **
Інтенсивність болю за Мак-Гіллом, загальне число дескрипторів	15,07±2,12	9,84±1,01*	15,98±1,47	7,03±0,19* **
Ранговий індекс болю за Мак-Гіллом, бали	27,65±1,23	8,96±1,25*	25,32±0,18	7,05±1,22*
Опитник Роланда-Морріса, бали	9,89±1,73	5,62±0,78*	10,12±1,46	5,35±1,21*

Примітки: * – вірогідність відмінностей показників до і після лікування ($p < 0,05$); ** – вірогідність відмінностей між показниками в контрольній та основній групах ($p < 0,05$).

Тривалість стаціонарного лікування пацієнтів складала 14 днів. Традиційна терапія включала нестероїдні протизапальні препарати, міорелаксанти, вітамінотерапію.

Пацієнтам було проведено клініко-неврологічне обстеження, лабораторні та інструментальні (рентгенографію, магнітно-резонансну томографію або комп'ютерну томографію хребта) методи дослідження. Ступінь вираженості больового синдрому та контроль ефективності лікування здійснювався з використанням візуально-аналогової шкали (ВАШ), Мак-Гіллівського опитника, шкали вербальних оцінок (ШВО) [7]. Для дослідження якості життя використовували опитник Роланда-Морріса. Оцінку вірогідності відмінностей у показниках до та після лікування проводили з використанням t-критерію Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналізуючи скарги пацієнтів обох груп з рефлекторним больовим синдромом, виявлено, що для них притаманний переважно біль в попереку з іррадіацією по зовнішній поверхні стегна та гомілки. Біль різко обмежував об'єм рухів у поперековому відділі хребта, тому при незначних рухах різко підсилювався. У неврологічному статусі хворих виявили болючість паравертебральних точок при пальпації, напруження прямих м'язів спини, позитивні симптоми натягу, вегетативно-судинні та нейроциркуляторні порушення.

Основною скаргою хворих обох груп з корінцевим синдромом був стріляючий біль у попереково-крижовому відділі хребта з іррадіацією по зовнішній або задній поверхні стегна та гомілки, зовнішній або внутрішній поверхні ступ-

ні, який супроводжувався відчуттям терпкості, поколювання та повзання «мурашок». У неврологічному статусі спостерігали зниження або відсутність ахіллового рефлексу, гіпестезію за сегментарно-корінцевим типом, болючість паравертебральних точок, позитивні симптоми натягу, вегетативно-судинні та нейроциркуляторні порушення, випрямлення поперекового лордозу, анталгічний сколіоз.

Показники, що характеризували біль, та їх динаміка на фоні лікування у хворих з вертеброгенним больовим синдромом попереково-крижового відділу хребта наведені в табл. 1.

Аналізуючи показники ВАШ та ШВО до лікування (табл. 1), можна стверджувати, що в обох групах хворих біль класифікувався як сильний або надмірний. Результати опитника за Мак-Гіллом свідчать, що більшість пацієнтів скаржились на стріляючий, давлючий, ниючий біль у стані спокою. Ранговий індекс болю за Мак-Гіллом показує, що для описання своїх відчуттів хворі частіше підбирали слова-дескриптори із сенсорної складової больового синдрому. Рівень якості життя згідно з опитником Роланда-Морріса в основній групі становив 10,12±1,46 бала, в контрольній – 9,89±1,73 бала, що свідчить про виражені порушення життєдіяльності в обох групах, які пов'язані з вертеброгенним больовим синдромом.

Під впливом проведеної терапії у хворих обох клінічних груп відмічалась позитивна динаміка, значно знизилась інтенсивність больового синдрому, що підтверджується динамікою показників болю (табл. 1). Однак при оцінці стану пацієнтів з використанням шкал ВАШ та ШВО та опитника Мак-Гілла на фоні лікування динаміка показників в основній групі була значно кращою, ніж в контроль-

ній. Так, відмічається вірогідне зменшення рівня інтенсивності болю за шкалою ВАШ на 5,73 см в основній та на 4,47 см в контрольній групі ($p < 0,05$), за шкалою ШВО – на 2,67 бала та 2,11 бала відповідно ($p < 0,05$).

При аналізі результатів больового опитника Мак-Гілла виявлено зменшення рангового індексу болю у основній та контрольній групах (на 72,2 та 77,6% відповідно) та вірогідне зниження загального числа дескрипторів (на 56,0% в основній групі та на 37,7% в контрольній групі, $p < 0,05$). Динаміка показників опитника Мак-Гілла у пацієнтів обох клінічних груп свідчить про вірогідне зниження кількості слів-дескрипторів, які характеризували сенсорну та емоційну складову больового синдрому в обох групах.

Підтвердженням позитивної динаміки у хворих після проведеного лікування є значне покращення якості життя, про що свідчать показники опитника Роланда-Морріса – зменшення кількості балів на 47% в основній та на 42% в контрольній групі. Клінічна ефективність хондроїтину сульфату в комплексному лікуванні больового синдрому в попереково-крижовому відділі хребта виявлялась на 6-7 день лікування, при цьому використання традиційної терапії призводило до покращення клінічного стану пацієнтів на 10-11 день лікування.

ВИСНОВКИ

Результати проведеного дослідження свідчать про досить високу терапевтичну ефективність ультрафонофорезу 5% мазі «Хондроксид» у комплексному лікуванні пацієнтів з вертеброгенним больовим синдромом у попереково-крижовому відділі хребта. Застосування мазі «Хондроксид» в комплексному лікуванні призводить до значного зменшення больового синдрому на 6-7 день лікування, що може сприяти скороченню термінів лікування та тимчасової непрацездатності. Препарат хондроїтину сульфату «Хондроксид» у вигляді 5% мазі при введенні методом ультрафонофорезу сприяє більш значному зменшенню больового синдрому порівняно з традиційною терапією. Клініко-неврологічне обстеження, динаміка параметрів, що характеризують больовий синдром, свідчать про ефективне купірування вертеброгенного корінцевого та рефлекторного больового синдрому при застосуванні ультрафонофорезу із маззю «Хондроксид». При 10-денному курсі лікування з використанням 5% мазі «Хондроксид» побічних ефектів не виявлено.

ЛІТЕРАТУРА

1. Терещенко А.С. Німід-форте: ефективна комбінація проти болю та спазму // Українська медична газета. – 2006. – №3. – С. 29.
2. Морозова О.Г., Ярошевський А.А., Климович Л.В. Лікування хронічного вертеброгенного больового синдрому шийно-плечової локалізації // Українська медична газета. – 2006. – №3. – С. 17.
3. Болевые синдромы в неврологической практике / Под ред. А.М.Вейна. – М.: МЕД Пресс-информ, 2001. – 368 с.
4. Лысенков Г., Ткаченко В. Проблема боли в общеврачебной практике // Ліки України. – 2005. – №3. – С. 5-10.
5. Дамулин И.В. Лечение болевых синдромов в спине и шее // Провизор. – 2003. – №3. – С. 43-44.
6. Никифоров А.С., Мецель О.И. Дегенеративные заболевания позвоночника, их осложнения и лечение // Здоров'я України. – 2006. – №23. – С. 66-67.
7. Поворожнюк В.В., Орлик Т.В., Дудко О.Т., Григор'єва П.В. Лікування вертебрального больового синдрому при остеохондрозі шийно-грудного відділу хребта та в жінок із клімактеричними розладами // Проблеми остеології. – 2003. – Т.6. – №4. – С. 4-10.

Н.М.Грицай, Н.В.Литвиненко, Г.Я.Силенко, В.А.Пинчук, Т.І.Пурденко, О.Е.Паленка, С.В.Пурденко. Применение препарата «Хондроксид» при вертеброгенном болевом синдроме. Полтава, Украина.

Ключевые слова: болевой синдром, лечение, хондропротекторы.

Проведено лечение 27 пациентов в возрасте 39-59 лет с вертеброгенным болевым синдромом в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. 15 пациентов получали традиционную терапию, 12 больных на фоне традиционного лечения получали ультрафонофорез 5% мази «Хондроксид» на пояснично-крестцовый отдел позвоночника. Применение мази «Хондроксид» в комплексном лечении приводило к значительному уменьшению болевого синдрома на 6-7 день лечения. При 10-дневном курсе лечения побочных эффектов не выявлено.

N.M.Gritsay, N.V.Litvinenko, G.Ya.Silenko, V.A.Pinchuk, T.I.Purdenko, O.E.Palenska, S.V.Purdenko. Using of Chondroxide at vertebragenic pain syndrome. Poltava, Ukraine.

Key words: pain syndrome, treatment, chondroprotectors.

The investigation of 27 patients of age 39-59 with vertebragenic pain syndrome in lumbosacral region of column was done. Fifteen patients received traditional treatment, twelve patients on the base of traditional approach received ultraphonophoresis with 5% unguent Chondroxide on the lumbosacral region of column. Use of Chondroxide in complex treatment allowed to decrease significantly of pain syndrome on 6-7th day of treatment. There were no side effects during 10 day course treatment.

Надійшла до редакції 15.08.2008 р.