

DOI 10.31718/2077-1096.20.3.103

УДК 616:614.253.4

Ждан В.М., Лебідь В.Г., Іщейкіна Ю.О., Катеренчук О.І., Іваницький І.В.

ПРОБЛЕМА БОЛЮ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-ІНТЕРНІСТА

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Введення. Біль є ключовою проблемою та фундаментальним питанням в сучасній медицині. Більше ніж в 75 % випадків у населення спостерігається постійний больовий синдром. При зверненні в поліклініку на амбулаторному прийомі у кожного 7 відвідувача присутні скарги на біль в суглобах та м'язах і в 30 % випадків діагностують симптоми ревматичних захворювань та болі в спині, що значно погіршують якість життя пацієнтів. *Мета.* Оцінити ефективність схеми комбінованого лікування хворих на остеоартрит з коморбідною патологією з включенням хондропротекторів : глюкозаміну сульфат, розчин для ін'єкцій та порошок для орального розчину; запатентований хрящовий колаген неденатурований (натуральний) II типу (UC-II™); нестероїдний протизапальний препарат (мелоксикам), ангіотензина II рецепторів блокатор (валсартан), статин (розувастатин). *Матеріали та методи дослідження.* У проведеному проспективному дослідженні на базі кафедри сімейної медицини і терапії Української медичної стоматологічної академії в обласному діагностично-лікувальному ревматологічному центрі комунального підприємства «Полтавська обласна клінічна лікарня імені М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради» брали участь 30 амбулаторних та стаціонарних хворих віком 52–67 років із первинним гонартрозом II–III рентгенологічної стадії по Kellgren і Lawrence в поєднанні з коморбідною патологією (артеріальною гіпертензією, ішемічною хворобою серця, болем в спині, нестероїдними гастропатіями), які знаходилися під динамічним спостереженням протягом 12 місяців. *Результати.* Аналізуючи якість комбінованої терапії у хворих на остеоартрит в поєднанні з коморбідною патологією протягом 12 місячного спостереження, ми виявили, що кращі результати лікування були у хворих, які отримували ампульовані та пероральні форми хондропротекторів. Протягом дослідження виявлено значний клінічний ефект при прийомі хондропротекторів у змішаній формі у хворих на остеоартрит з коморбідною патологією, що проявилось покращенням таких клінічних показників, як індекс Лекена та WOMAC. Через 6 місяців лікування було досягнуто достовірного зниження сумарного функціонального індексу Лекена ($10,88 \pm 2,07$) з показником $p < 0,0001$ у хворих основної групи, які приймали хондропротектори у змішаній формі ($p < 0,0001$), порівняно з показником групи порівняння ($12,68 \pm 2,08$). Достовірне зниження індексу Лекена в основній групі також спостерігалось через 12 місяців від початку дослідження ($p < 0,0001$), що свідчить про наявність тривалого ефекту післядії при прийомі хондропротекторів у змішаній формі на фоні комбінованої терапії в основній групі. Також спостерігалось зниження вираженості болю у спокої та при рухах, обмеження в щоденній діяльності за анкетною WOMAC через 6 міс від початку лікування в обох групах, але в основній групі достовірно більш значуще. Сумарний показник анкети WOMAC через 6 міс від початку дослідження в основній групі ($676,08 \pm 215,63$) був значно нижчим ($p < 0,0001$), ніж у групі порівняння ($858,46 \pm 167,64$). Цей показник через 12 місяців в основній групі ($564,82 \pm 187,34$) був також достовірно нижчим ($p < 0,0001$), ніж у групі порівняння ($797,12 \pm 218,10$).

Ключові слова: біль, остеоартрит, хондропротектори, протизапальний ефект, коморбідність, комбінована терапія.

Дані про зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами: стаття є фрагментом НДР кафедри сімейної медицини і терапії "Особливості перебігу, прогнозу та лікування коморбідних станів при захворюваннях внутрішніх органів з урахуванням генетичних, вікових і гендерних аспектів" № 0118 У 004461.

Проблема болю продовжує залишатися сьогодні одним з фундаментальних питань сучасної медицини. У кожного 7 пацієнта, який звертається до поліклініки присутні скарги на біль в суглобах і м'язах. При цьому більше 75% населення відчувають біль постійно.

Больовий синдром - найбільш частий прояв патології опорно-рухового апарату, що є фактором, який значно погіршує якість життя пацієнтів. Поряд з цим поширеність ревматологічних захворювань продовжує рости і на сьогодні у 30% населення діагностують симптоми артриту або болю в спині [1]. Біль розглядається як предиктор передчасної смерті, адекватне знеболювання підвищує ймовірність виживання, зокрема за рахунок зниження ризику розвитку серцево-судинних захворювань. Вибір безпечного знеболювального засобу визначає характер прогресування остеоартриту (ОА) і супутньої серцево-судинної патології, ризик розвитку ускладнень

[2,3].

Основним підходом до купірування больового синдрому у даній категорії пацієнтів є застосування анальгетиків і нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) [2,4,5].

НПЗП належать до числа найбільш затребуваних лікарських препаратів. Вони мають важливе значення для практичної охорони здоров'я і відносяться до найбільш використовуваних препаратів у повсякденній лікарській практиці. Водночас багато з них відпускається без рецепта лікаря, тобто легко доступні для населення. Більше 30 мільйонів людей у світі щодня приймають НПЗП, а 40% цих пацієнтів – віком понад 60 років [2].

НПЗП інгібують циклооксигеназу (ЦОГ), пригнічуючи дію простагландинів і лейкотрієнів на суглоб. Вони рекомендовані як препарати першої лінії для лікування при ОА і застосовуються не менше ніж у 20–30% хворих. За дани-

ми інших джерел, у реальній практиці НПЗП для лікування при симптоматичному ОА призначають близько 80% ревматологів [2, 6].

За прогнозами, кількість застосування НПЗП буде тільки зростати в міру загального старіння населення розвинених країн, і, відповідно, зростання поширеності захворювань, при яких застосовуються НПЗП. Насамперед це дегенеративні захворювання опорно – рухового апарату і ревматичні ураження м'яких тканин, що має не тільки медичне, а й велике соціально-економічне значення [2].

Ризик розвитку побічних явищ зростає у зв'язку з поширеною поліпрагмазією та неконтрольованим вживанням анальгетиків, включаючи НПЗП [2, 7,8].

У клінічній практиці лише 20% хворих задоволені знеболювальною терапією, яка часто зводиться тільки до призначення НПЗП [9]. Саме цим, можливо, можна пояснити відомий факт недостатньої прихильності пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями (ХНЗ) до рекомендацій лікарів. Так, показано, що протягом перших 6 місяців спостереження за хворими з ОА більшість відмовлялися від подальшої медикаментозної терапії [2,10].

Тому ми повинні призначати НПЗП у мінімально ефективних дозах, на мінімально короткий ефективний термін, використовуючи додаткові заходи, націлені на зменшення інтенсивності болю у суглобах і спині при коморбідних захворюваннях [2,9].

Проблема коморбідності та поліморбідності (мультиморбідності) визнана однією з ключових у сучасній світовій медицині [11,12,13,14,2,4,15], оскільки не тільки визначає індивідуальний прогноз для хворого, а й має масштабні соціально-економічні наслідки на популяційному рівні [12]. На сьогодні більшість пацієнтів з ХНЗ мають два і більше патологічні стани, що вимагає врахування усіх взаємодіючих факторів і ризиків та узгодженої терапії [2,12,15].

Коморбідність потребує пошуку (чи уточнення) спільних клінічних, патофізіологічних, біохімічних, зазвичай неспецифічних ланок, завдяки чому поглиблюється розуміння суті взаємодії наявних патологічних процесів, і на підставі цього здійснюється новий, більш ефективний комплекс лікувально-профілактичних заходів та діагностично-терапевтичних методик [2,12,15]. Поєднаний перебіг захворювань є однією з причин вимушеної поліпрагмазії, побічних ефектів, пов'язаних з нею, і ускладнень від застосованих лікарських засобів (ЛЗ) [2,14,15,16].

Кістково-м'язові порушення значно поширені і зустрічаються у всіх вікових групах населення, однак переважну більшість пацієнтів становлять саме особи середнього та похилого віку [17]. Патологія опорно-рухової системи є однією з найбільш поширених патологій людей середнього (44–60 років) та похилого (60–75 років) віку [4]. Ревматичні захворювання є головною причиною

хронічної непрацездатності та істотного зниження якості життя пацієнтів [2].

Типовими представниками групи кістково-м'язових захворювань є ОА, периартикулярна патологія (ентезити, бурсити, тендиніти та ін.), неспецифічний біль у нижній частині спини (БНС) [17,2].

Хоча спектр захворювань опорно – рухового апарату досить широкий, проте ОА є найбільш актуальною проблемою у загальнотерапевтичній практиці. Це найбільш поширене захворювання суглобів, що асоційовано з віком: ОА становить 40–60% від усіх дегенеративних захворювань кістково - м'язової системи, загалом його діагностують у близько 15% населення в світі, і з цього числа приблизно 65% пацієнтів – особи віком 60 років і більше [2].

Поширеність ОА в Україні протягом останніх років також знаходиться на високому рівні: 2200,6 на 100 тис. населення, коливається у різних регіонах від 13,6% до 41,7% та значно збільшується у міру старіння населення. Захворюваність становить 497,1 випадків на рік [2,5, 18, 19].

ОА різних локалізацій є причиною майже 10% випадків втрати працездатності в осіб середнього віку та призводить до погіршення якості життя пацієнтів, обмежує їхні фізичні можливості, а часто і соціальні функції, стаючи причиною інвалідності, а ОА стегнового і колінного суглобів є 11-ю причиною непрацездатності у світі. При цьому за період 1990–2010 рр. цей показник підвищився на 64%. Смертність пацієнтів з ОА приблизно на 50% вище порівняно із загальною популяцією [2,4].

ОА належить до хвороб з дуже високим рівнем коморбідності, оскільки похилий вік – найбільш вагомий чинник серед усіх факторів ризику його розвитку. Причому встановлено, що у пацієнтів з ОА значно вищий ризик розвитку коморбідних станів, ніж у пацієнтів, які ним не страждають [2]. Серед найбільш часто діагностованих супутніх патологій при ОА є кардіо- та цереброваскулярна патологія (63%), цукровий діабет (34%), хронічне обструктивне захворювання легень (24%). За даними літератури, у п'ятій частині хворих на ОА діагностується чотири і більше супутніх захворювання. У хворих на ОА важливим є врахування коморбідності з погляду ще й на загрозу кардіо- чи цереброваскулярних подій [11,12], а також загострень хвороб травного тракту [4,5,6,8,11]. Кожен п'ятий має серйозні, зокрема фатальні, серцево-судинні ускладнення [2,20].

Уявлення про патогенез ОА з кожним роком розширюються, що має важливе значення в обґрунтуванні вибору алгоритму лікування ОА [18].

На сьогодні модель лікування хронічного захворювання передбачає персоніфікований підхід, коли вибір лікарського засобу враховує коморбідність і не погіршує перебіг будь-якого із супутніх захворювань. Безпека лікування є

принциповою, оскільки множинна лікарська терапія збільшує ризик як побічних ефектів, так і взаємодії між ліками [2].

Тому, відповідно до сучасних рекомендацій, під час лікування ОА серед фармакологічних методів терапії чільне місце займають препарати групи симптоматичних протизапальних препаратів повільної дії (SYSADOA – Symptomatic slow-active drug in osteoarthritis), які структурно модифікують хрящ [21, 22]. Застосування цих класів препаратів на сьогодні забезпечує ефективне лікування хворих на ОА [2,21].

У рекомендаціях ESCEO 2016 року рецептурні препарати групи (SYSADOA) були включені до алгоритму лікування ОА [18, 22]. Зареєстрованими в Україні препаратами групи SYSADOA є хондроїтин сульфат, глюкозамін (глюкозаміну сульфат), препарати неомілюванних сполук сої та авокадо, діацереїн, екстракт кореня імбиру [12]. Ці базисні препарати забезпечують компенсацію дефіциту глікозаміногліканів, захист хряща від дегенерації і мають протизапальну і вторинну знеболювальну дію [2].

Мета лікування

Оцінити ефективність схеми комбінованого лікування хворих на ОА з коморбідною патологією з включенням хондропротекторів: глюкозаміну сульфат, розчин для ін'єкцій та порошок для орального розчину; запатентований хрящовий колаген неденатурований (натуральний) II типу (UC-II тм); НПЗП (мелоксикам), сартану (валсартан), статину (розувастатин).

Матеріали та методи дослідження

У проведеному проспективному дослідженні на базі кафедри сімейної медицини і терапії Української медичної стоматологічної академії в обласному діагностично-лікувальному ревматологічному центрі комунального підприємства «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради» брали участь 30 амбулаторних та стаціонарних хворих віком 52–67 років із первинним гонартрозом II–III рентгенологічної стадії по Kellgren і Lawrence в поєднанні з коморбідною патологією (артеріальна гіпертензія (АГ), ішемічна хвороба серця (ІХС), біль в спині, НПЗП-гастропатії), які знаходилися під динамічним спостереженням на протязі 12 місяців. Діагноз первинного гонартрозу встановлено у 30 хворих, які складали основну групу (ОГ) та група порівняння (ГП), в склад якої входили 30 хворих з ОА, які співпадали по демографічним, віковим та клінічним показникам на початку захворювання з пацієнтами ОГ і мали клінічно значимі прояви захворювання, що відповідали оцінці інтенсивності болю в суглобах за 100 мм візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) ≥ 30 мм та індексом Лекена ≥ 5 балів, та які потребували постійного застосування НПЗП протягом останніх 5 міс. перед дослідженням та мали супутню патологію: АГ– II-III стадії, 2-3 ступеня, ІХС, серцева недостатність I-IIA, NYHA II-IV, біль в спині, гастропатії [11,24,25].

Клініко-демографічна характеристика пацієнтів з ОА, які увійшли в дослідження, наведена у табл. 1.

Таблиця 1

Клініко-демографічна характеристика обстежуваних груп хворих на ОА

Показник	Групи хворих	
	ОГ (n= 30)	ГП (n=30)
Кількість хворих :		
жінок	17 (56,7%)	19 (63,3%)
чоловіків	13 (43,3%)	11(36,7%)
Середній вік, років (M±σ)	59,4±1,2	61,2±1,2
Середня тривалість хвороби, роки (M±σ)	6,8± 1,4	6,7±1,2
Рентгенологічна стадія (%):		
II	23 (76,7)	19 (63,3)
III	7 (23,3)	11 (36,7)
Синовіт , n (%)	17 (56,7)	13 (43,3)
Основні коморбідності, n (%)		
Гіпертонічна хвороба	14 (46,7)	13 (43,3)
Ішемічна хвороба серця	10 (33,3)	12 (40)
НПЗП - гастропатії	11 (36,7)	8 (26,6)
Біль в спині	19 (63,3)	17 (56,6)

Хворі ОГ отримували таку терапію:

- хондропротектор: глюкозаміну сульфат 2,0 мл по 2мл через день внутрішньом'язево , № 12, потім глюкозаміну сульфат по 1 саше 1 раз на добу перорально після їжі, 3 місяці по 2 курси на рік ;
- хондропротектор: запатентований хрящовий колаген неденатурований (натуральний) II типу (UC-II тм) 40 мг по 1 капсулі перорально натще перед сном, запиваючи 1 склянкою води, 4 місяці, по 2 курси на рік;
- антигіпертензивні препарати (валсартан) :

вальсакор 80(160) мг або вальсакор Н (80/160)мг або валодип 5/80 (10/160) мг перорально 1 раз на добу після їжі, постійно ; при наявності гіперурикемії, підвищеному рівні атерогенних фракцій ліпідів і агрегаційного потенціалу тромбоцитів – лозартан 50 мг (лозартан плюс 50/2,5мг) по 1 табл. 1-2 рази на добу перорально після їжі, постійно;

- статини: розувастатин 10-20 мг перорально після їжі, постійно;
- НПЗП : мелоксикам 7,5 (15) мг перорально

(внутрішньом'язово) на добу після їжі;

Хворі ГП отримували лікування :

- хондропротектор: запатентований хрящовий колаген неденатурований (натуральний) II типу (UC-II тм) 40 мг по 1 табл. перорально натще перед сном, запиваючи 1 склянкою води, 4 місяці , по 2 курси на рік в комбінації з НПЗП, антигіпертензивними засобами, статинами в відповідних дозах.

До критеріїв включення належали:

- постінфарктний кардіосклероз;
 - цукровий діабет (ЦД) II типу, легкої, середньої ступені;
 - АГ I-II ступеня, некрізний перебіг;
 - хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту в періоді ремісії;
 - хронічні обструктивні захворювання легень I ступеня;
 - елементарно-конституційне ожиріння I-II ступеня;
 - порушення провідності: синоартикулярні (СА) - блокади, атріовентрикулярна (АВ) - блокада I ступеня;
 - передсердні шлуночкові екстрасистолії, пароксизми фібриляції передсердь [23].

До критеріїв виключення належали: застосування будь-яких препаратів із хондропротекторною активністю протягом останніх 3 міс; вторинний ОА; клінічно латентний перебіг захворювання; наявність виразки шлунка чи дванадцятипалої кишки; тяжка гепатоцелюлярна, ниркова недостатність; тяжкий перебіг інших гострих чи хронічних захворювань; індивідуальна непереносимість препарату, алергія на препарат; тяжкі соматичні захворювання (некомпенсована ІХС, онкологічні захворювання, хронічна легенева недостатність, вірус імунодефіциту людини) [12,23,24]. За необхідності пацієнтам дозволялося приймати НПЗП в ефективній дозі.

З метою об'єктивізації оцінки клінічних проявів ОА та ефективності запропонованого лікування в ході дослідження використано та проаналізовано такі показники: інтенсивність болю у спокої та при рухах, тривалість та інтенсивність ранкової скутості, індекс Лекена, індекс WOMAC, добова потреба в НПЗП та індивідуальна оцінка ефективності лікарем і пацієнтом, а також кількість та вираженість побічних ефектів. Контроль ефективності лікування проводили через 3 місяці, 6 місяців та 12 місяців.

При оцінюванні індекса Лекена враховують 5 показників, які пацієнт оцінює в балах: ступінь вираженості болю протягом ночі, вираженість болю при ходьбі, ступінь вираженості болю в положенні сидячи протягом >2 год, тривалість ранкової скутості та посилення болю в положен-

ні стоячи протягом 30 хв, обмеження дистанції ходьби [11,23,24,25].

Індекс WOMAC використовують для оцінки болю, скутості та обмеження фізичних функцій у пацієнтів із коксартрозом та гонартрозом. Пацієнти оцінювали свій стан, відповідаючи на запитання в балах (від 0 до 100). При аналізі враховували сумарний індекс WOMAC [11,23,24,25].

Лабораторне обстеження включало загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові з визначенням креатиніну, АЛАТ, АсАт, С-реактивного білка (СРБ), швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ). Всім хворим проводили УЗД колінних суглобів на ультразвуковому апараті експертного класу «Radmir ultima RA expert» з частотою 7,5 МГц в режимі «ortho» в стандартних позиціях.

Індивідуальну оцінку ефективності лікування лікарем та пацієнтом визначали так: значне покращення, покращення, без змін, погіршення.

Статистичний аналіз проводили з використанням методів описової статистики, наведених у відсотках, методів варіаційної статистики з розрахунком частотних характеристик досліджуваних показників, середніх величин (середньої арифметичної - \bar{X}), оцінки їх варіабельності та середньої похибки відповідного показника. Для оцінки статистичної значимості різниці використовували t -критерій для порівняння частотних характеристик і середніх величин на рівні не нижче 95% та критерій достовірності (p) при заданому граничному рівні похибки першого роду (α) не вище 5% ($p < 0,05$) та рівня похибки другого роду (β) — не вище 20%. Статистичну обробку даних проводили з використанням програмного забезпечення «Statistica 6.0». [11,23,24]

Результати та їх обговорення

Протягом дослідження виявлено значний клінічний ефект при прийомі хондропротекторів у змішаній формі у хворих на ОА з коморбідною патологією, що проявилось покращенням таких клінічних показників, як індекс Лекена та WOMAC. Через 6 місяців лікування було досягнуто достовірного зниження сумарного функціонального індексу Лекена ($10,88 \pm 2,07$) з показником $p < 0,0001$ у хворих ОГ, які приймали хондропротектори в змішаній формі ($p < 0,0001$), порівняно з показником ГП ($12,68 \pm 2,08$) (табл. 2). Достовірне зниження індексу Лекена в ОГ також спостерігалось через 12 місяців від початку дослідження ($p < 0,0001$), що свідчить про наявність тривалого ефекту післядії при прийомі хондропротекторів у змішаній формі на фоні комбінованої терапії в ОГ.

Таблиця 2
Динаміка індексу Лекена у хворих на ОА на фоні лікування

Період	Індекс Лекена, балів	
	Основна група	Група порівняння
До лікування	14,20±2,28	14,15±2,24
Через 6 місяців	10,88±2,07*	12,68±2,08
Через 12 місяців	9,76±2,38**	11,82±2,17

* $p < 0,0001$ порівняно з показниками КГ; ** $p < 0,001$ порівняно з показниками КГ

Також спостерігалось зниження вираженості болю у спокої та при рухах, обмеження в щоденній діяльності за анкетною WOMAC через 6 міс від початку лікування в обох групах, але в ОГ достовірно більш значуще (табл. 3). Сумарний показник анкети WOMAC через 6 міс від початку дослідження в ОГ (676,08±215,63) був значно нижчим ($p < 0,0001$), ніж у ГП (858,46±167,64).

Цей показник через 12 місяців в ОГ (564,82±187,34) був також достовірно нижчим ($p < 0,0004$), ніж у ГП (797,12±218,10). Вище наведена динаміка показників анкети WOMAC свідчить про значний стійкий клінічний ефект при прийомі хондропротекторів у змішаній формі на фоні комбінованої терапії в ОГ.

Таблиця 3
Динаміка показників анкети WOMAC на фоні лікування

Показник	Розділ А (біль у спокої і при рухах)	Розділ Б (обмеження рухливості)	Розділ В (обмеження у виконанні щоденної діяльності)	Сумарний показник анкети WOMAC
Основна група				
До лікування	224,14±28,22	93,62±22,14	654,64±124,28	971,68±183,27
Через 6 міс	156,02±22,38	58,14±20,34	462,78±122,36**	676,08±215,63**
Через 12 міс	134,22±33,44*	44,16±21,62	386,48±114,12**	564,82±187,34**
Група порівняння				
До лікування	221,42±27,74	91,17±24,36	648,42±136,72	960,88±175,01
Через 6 міс	192,78±28,14	82,58±21,18	584,12±122,24	858,46±167,64
Через 12 міс	176,38±25,48	78,44±18,78	543,42±164,38	797,03±218,10

* $p < 0,0001$ порівняно з показниками КГ; ** $p < 0,001$ порівняно з показниками КГ

Для визначення лабораторних показників запалення проведені: дослідження загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою і СРБ кількісним методом. При аналізі динаміки гостро фазових показників в основній групі через 3 міс. лікування відмічали достовірну позитивну динаміку ($p < 0,05$) у хворих з вихідним СРБ: в ОГ 5,4±0,4 мг/л; ГП 5,6±0,2 мг/л, через 3 міс. ОГ 3,2±0,1 мг/л; ГП 4,1±0,2 мг/л в послідовному до кінця лікування – зниження нормалізація показника в ОГ. В обох досліджуваних групах інші лабораторні показники значимо не змінювались і знаходились в межах вікової норми.

В ОГ відмічалось зменшення явищ синовііту у хворих в 8,2 рази, повне зникнення випоту у 14 (46,7%) хворих в порівнянні з 17 (56,7%) хворими на початку дослідження.

Оцінка ефективності лікування хворим і лікарем в основній групі практично свідчила про ви-

соку ефективність комбінації глюкозаміна сульфату у комплексній терапії. Відмічено покращення від застосування запропонованої комбінованої терапії 89,4% хворих ОГ на ОА з коморбідною патологією. Відмічений позитивний ефект у відношенні болю, обмеження рухливості, затруднення в виконанні повсякденної діяльності, зменшення проявів синовііту по даним УЗД, виражена позитивна динаміка лабораторних показників, покращення якості життя (нормалізація артеріального тиску, зменшення болю в ділянці серця та суглобах, зменшення потреби в вживанні НПЗП та антигіпертензивних засобів). Результати ефективності лікування в обстежуваних групах наприкінці 6 місячного спостереження представлені в таблиці 4.

Використання НПЗП в обстежуваних групах після 12 місячного спостереження представлені в таблиці 5.

Таблиця 4
Оцінка ефективності лікування в обстежуваних групах наприкінці 6 місячного спостереження

Показник	Групи			
	Основна група (n=30)		Група порівняння (n=30)	
	Абсолютне число	%	Абсолютне число	%
Погіршення	0	0	0	0
Без істотних змін	2	6	9	30
Незначні зміни	3	10	19	63,4
Покращення	17	56,7	2	6,6
Значні покращення	8	26,7	0	0

Таблиця 5
Динаміка використання НПЗП в обстежуваних групах після 12 місячного спостереження

Показник	Основна група (n=30)	Група порівняння (n=30)
Призначення НПЗП, (%)	До лікування	
	30 (100)	30 (100)
Відмова від НПЗП, (%)	Після лікування	
	14 (47,3)	2 (5,8)
Епізодичне приймання НПЗП, (%)	Після лікування	
	10 (32,8)	-
Постійне приймання НПЗП, (%)	Після лікування	
	6 (19,9)	28 (94,2)

Висновки

Запропонована нами комбінована терапія з включенням ампулованих та пероральних форм хондропротекторів у хворих на ОА з коморбідною патологією є ефективною. В результаті її проведення зменшуються такі основні прояви ОА, як обмеження рухливості, затруднення в виконанні повсякденної діяльності, зменшення проявів синовіту по даним УЗД, нормалізація об'єму рухів в колінних суглобах, виражена позитивна динаміка лабораторних показників, покращення якості життя за шкалою EuroQol-5D, нормалізація артеріального тиску, зменшення больового синдрому за шкалами ВАШ, WOMAC, болю в ділянці серця, виражене зниження індексу Левана, зменшення кількості та дози вживаних НПЗП та антигіпертензивних препаратів).

Результати дослідження свідчать, що запропонована нами схема комбінованого лікування позитивно впливає на основні клінічні прояви ОА та коморбідної патології вже в кінці першого місяця лікування. Нормалізація основних клініко-лабораторних показників до 3 місяця лікування приводить до покращення якості життя.

Використання ампулованих та пероральних форм хондропротекторів при комбінованій терапії хворих на ОА з коморбідною патологією є сучасним патогенетично обґрунтованим, ефективним і безпечним методом фармакотерапії в осіб похилого віку.

Література

1. Shuba N.M. NPVP ili analgetiki? Rol neTsOG-zavisimiyh effektov v menedzhmente riskov [NSAIDs or analgesics? The Role of Non-COX-Dependent Effects in Risk Management]. *Ukrainskiy revmatologichniy zhurnal*. 2019; 4(78):61-67.
2. Paliy I.G., Tkachuk I.V. Taktika bezpechnogo vedennya komorbidnih hvorih na osteoartrit u praktitsi simeynogo likarya: yakiy vibr? [Tactics of safe management of comorbid ailments for osteoarthritis in a practitioner of a family doctor: what kind of vibration?]. *Simeyna meditsina*. 2019;1(81): 25-33.
3. Roberts E.R., Green D., Kadam U.T. Chronic condition comorbidity and multidrug therapy in general practice populations: a cross-sectional linkage study. *BMJ Open*. 2014; Vol. 4, № 7: 429.
4. Derimedvid L.V. Rol preparativ, scho vplivayut na metabolism hryascha, pri kompleksniy terapiyi [The role of drugs, which is injected on the metabolism of cartilage, in complex therapy]. *Simeyna meditsina. Nevrologiya*. 2016.; 2(64): 39-42.
5. Kovalenko V.M., Shuba N.M. Natsionalniy pidruchnik z revmatologii [National assistant from rheumatology]. K.: Morion; 2013: 672 s.
6. Yaremenko O.B., Fedkov D.L. Ratsionalniy pidhid u vbori nesteroidnih protizapalnih preparativ dlya likuvannya hvorih na osteoartrroz [Rational response in non-steroidal vibrations anti-inflammatory drugs for treating ailments to osteoarthritis]. *Ukrainskiy medichniy chasopis*. 2014; 6(104): 61-66.
7. DeHaan M., Guzman J., Bayley M. et al. Knee osteoarthritis clinical practice guidelines – how are we doing? *J. Rheumatol*. 2007; Vol. 34: 2099-2105.
8. Gabriel S.E., Michaud K. Epidemiological studies in incidence, prevalence, mortality and comorbidity of the rheumatic diseases. *J. Artr. Res. Ther*. 2009; 11 (3):229.
9. Naumov A.V., Tkacheva O.N. Primenenie glyukozamina sulfata u patsientov s osteoartritom i komorbidnostyu pri nalichii vysokogo

- riska oslozhneniy, svyazannyih s NPVP [The use of glucosamine sulfate in patients with osteoarthritis and comorbidity with a high risk of complications associated with NSAIDs]. *Terapevticheskiy arhiv*. 2018; № 5: 81-87
10. Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication. *N. Engl. J. Med*. 2005; Vol. 353: 487-497.
11. Voloshina L.O. Osteortroz, poli- ta komorbidnist: vikovi, genderni, prognostichni y likuvalno-profilaktichni aspekti: dani tririchnogo prospektivnogo doslidzhennya [Osteoarthritis, comorbidity: symptoms, gender, prognostic and clinical and prophylactic aspects: data of the three-dimensional prospective dosage]. *Ukrainskiy revmatologichniy zhurnal*. 2016; № 4 (66): 51-58.
12. Fadeenko G.D., Nesen A.O. Komorbidnist ta integrativna rol terapiyi vnutrishnih hvorob [Comorbidity and integrative role of therapy for internal ailments]. *Ukrainskiy terapevt. zhurnal*. 2015; № 2: 7-15.
13. Zhdan V.M., Lebid V.G., Haymenova G.S., Ischeykina Yu.O. Podagra i arterialna gipertenziya: osoblivosti terapiyi. aktualni problemi suchasnoyi meditsini [Gout and arterial hypertension: special features of therapy]. *Visnik Ukrainiska medichna stomatologichna akademiya*. 2020; Tom 20, vipusk 1(69):100-105.
14. Wallace E., Salisbury C., Guthrie B. et al. Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ*. 2015, January:27-30.
15. Kovalenko V.M., Bortkevich O.P. Komorbidnist: viznachennya mozhlivi napryamki diagnostiki ta likuvannya [Comorbidity: the value of the possibility of direct diagnostics and treatment]. *Ukrainskiy revmatologichniy zhurnal*. 2019; № 3 (77): 33-44.
16. Tsubanova N.A. Lekarstvennye vzaimodeystviya, vstrechayushiesya pri provedenii antihypertenzivnoy terapii [Drug interactions encountered during antihypertensive therapy]. *Simeynaya meditsina*. 2015; № 3: 115-122.
17. Shostak N.A., Pravdyuk N.G. Kistkovo-m'yazoviy porushennya u praktitsi internista – diagnostika, pidhodi do likuvannya [Cystkovo-m'yazoviy failure in the practitioner of the Internet - diagnostics, go to the test]. *Lechaschiy vrach*. 2017; № 12: 3-11.
18. Shuba N.M., Voronova T.D., Dubkova A.G., Hambir T.S., Krilova A.S., Gulenko O.I. Suchasniy poglyad na patogenezu osteoartrizu ta viber effektivnih simptomatichnih povinovoy diyi protizapalnih preparativ z poglyadu ostannih rekomendatsiy [A dazzling glance at the pathogenesis of osteoarthritis and the vibration of effective symptomatic patients with anti-inflammatory drugs from the last recommendations]. *Liki Ukraini*. 2018; № 1(217):8.
19. Shuba N.M., Voronova T.D., Hambir T.S. Vivchennya effektivnosti ta bezpeki ekstraktu korenya imbiru v likuvanni hvorih z gonartrozom [Inclusion of efficiency and safety of the extract of the root of the imyru in a disease with gonarthrosis]. *Likarska sprava. Vrachebnoe delo*. 2016; № 5 (6):116-122.
20. Ravi B., Croxford R., Austin P.C. et al. The relation between total joint arthroplasty and risk for serious cardiovascular events in patients with moderate-severe osteoarthritis: propensity score matched landmark analysis. *BMJ*. 2013; Vol. 347: 6187
21. Belyaeva I.B., Mazurov V.I. Sovremennye vozmozhnosti patogeneticheskoy terapii osteoartrita na molekulyarno-kletochnom urovne [Modern possibilities of pathogenetic therapy of osteoarthritis at the molecular-cellular level]. *RMZh, Revmatologiya*. 2017; № 1: -11.
22. Bruyere O., Cooper C., Pelletier J.P. [et al.]. An algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis in Europe and internationally: A report from a task force of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO). *Semin Arthritis Rheum*. 2014. ;Vol. 44 (3): 253-263.
23. Zhdan VM, Lebid VH. Otsinka efektyvnosti khondroprotektoriv u patsientiv z komorbidnoyu patolohiieiu [Patients have an estimation of efficiency of khondroprotektoriv with komorbidnoy pathology]. *Aktualni problemy suchasnoyi medysyny: Visnyk Ukrainskoi medychnoi stomatolohichnoi akademii*. 2018; Tom.18, vypusk 3(63):52-57.
24. Lebid VH, Khaimenova HS. Osoblyvosti likuvannya zhink starshykh vikovykh hrup khvorykh na osteoartrt z komorbidnoyu patolohiieiu [Features of treatment of women of older age groups with osteoarthritis with comorbid pathology]. *Aktualni problemy suchasnoyi medysyny: Visnyk Ukrainskoi medychnoi stomatolohichnoi akademii*. 2018; Tom.18, vypusk 3(63):135-140.
25. Bortkevich O.P., Korendovich V.V., Bilyavska Yu.V. Efektivnist preparatu Plaskledin 300 u hvorih na pervinni osteoartrroz kolinnih ta kulshovih sugloblv [The effectiveness of the drug Plaskledin® 300 in patients with primary osteoarthritis of the knee and hip joints]. *Ukrainskiy revmatologichniy zhurnal*. 2016; № 4 (66):46-50.

Реферат

ПРОБЛЕМА БОЛИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ИНТЕРНИСТА

Ждан В.М., Лебедь В.Г., Ищейкина Ю.А., Катеренчук А.И., Иваницкий И.В.

Ключевые слова: боль, остеоартрит, хондропротекторы, противовоспалительный эффект, коморбидность, комбинированная терапия.

Введение. Боль является ключевой проблемой и фундаментальным вопросом в современной медицине. Более чем в 75% случаев у населения наблюдается постоянный болевой синдром. При об-

ращении в поликлинику на амбулаторном приеме у каждого 7 посетителя жалобы на боль в суставах и мышцах и в 30% случаев диагностируют симптомы ревматических заболеваний и боли в спине, которые значительно ухудшают качество жизни пациентов. Цель. Оценить эффективность схемы комбинированного лечения больных остеоартритом с коморбидной патологией с включением хондропротекторов: глюкозамина сульфат раствор для инъекций и порошок для орального раствора; запатентованный хрящевой коллаген неденатурированный (натуральный) II типа (UC-II™); нестероидный противовоспалительный препарат (мелоксикам), ангиотензина II рецепторов блокатор (вальсартан), статины (розувастатин). Материалы и методы исследования. В проведенном проспективном исследовании на базе кафедры семейной медицины и терапии Украинской медицинской стоматологической академии в областном диагностическо-лечебном ревматологическом центре коммунального предприятия «Полтавская областная клиническая больница имени М.В. Склифосовского Полтавского областного совета» принимали участие 30 амбулаторных и стационарных больных в возрасте 52-67 лет с первичным гонартрозом II-III рентгенологической стадии по Kellgren и Lawrence в сочетании с коморбидной патологией (артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, болью в спине, нестероидными гастропатиями), которые находились под динамическим наблюдением в течение 12 месяцев. Результаты. Анализируя качество комбинированной терапии у больных остеоартритом в сочетании с коморбидной патологией в течение 12 месячного наблюдения, мы обнаружили, что лучшие результаты лечения были у больных, получавших ампулированные и пероральные формы хондропротекторов. В течение исследования выявлен значительный клинический эффект при приеме хондропротекторов в смешанной форме у больных остеоартритом с коморбидной патологией, проявилось улучшением таких клинических показателей, как индекс Лекена и WOMAC. Через 6 месяцев лечения было достигнуто достоверное снижение суммарного функционального индекса Лекена ($10,88 \pm 2,07$) с показателем $p < 0,0001$ у больных основной группы, принимавших хондропротекторы в смешанной форме ($p < 0,0001$) по сравнению с показателем группы сравнения ($12,68 \pm 2,08$). Достоверное снижение индекса Лекена в основной группе также наблюдалось через 12 месяцев от начала исследования ($p < 0,0001$), что свидетельствует о наличии длительного эффекта последствие при приеме хондропротекторов в смешанной форме на фоне комбинированной терапии в основной группе. Также наблюдалось снижение выраженности боли в покое и при движении, ограничение в ежедневной деятельности по анкете WOMAC через 6 месяцев от начала лечения в обеих группах, но в основной группе достоверно более значимое. Суммарный показатель анкеты WOMAC через 6 месяцев от начала исследования в основной группе ($676,08 \pm 215,63$) был значительно ниже ($p < 0,0001$), чем в группе сравнения ($858,46 \pm 167,64$). Этот показатель через 12 месяцев в основной группе ($564,82 \pm 187,34$) был также достоверно ниже ($p < 0,0001$), чем в группе сравнения ($797,12 \pm 218,10$).

Summary

PROBLEM OF PAIN IN THE INTERNIST'S PRACTICE

Zhdan V.M., Lebid V.G., Ischeykina Yu.O., Katerenchuk O.I., Ivanytskyi I.V.

Key words: pain syndrome, osteoarthritis, chondroprotectors, anti-inflammatory effects, comorbidity, combined treatment.

Introduction. Pain is an important problem in current medical practice and a fundamental issue of medical research. More than 75% of population suffers from chronic pain syndrome. One on seven patients who visit out-of-patient departments complains on painful feelings in joints or muscles. Moreover, in 30% of cases the symptoms of rheumatic diseases or the back pain syndrome are present that considerably impacts the quality of life. The aim of the study was to evaluate the effectiveness of the combined therapeutic strategy in the treatment of patients with osteoarthritis and comorbidities. The therapy included: glucosamine sulfatis in forms of solution for IV administration and powder for oral administration; patented form of undenaturated cartilaginous collagen (natural) type II (UC-II™); non-steroidal anti-inflammatory drugs (meloxicam), angiotensin receptor type 2 blockers (valsartan), statins (rosuvastatin). **Materials and methods.** This prospective study was performed at the Department of Family Medicine and Therapy, Ukrainian Medical Stomatological Academy, and at Regional Rheumatology Centre of Poltava M. Sklifosovsliy Regional Clinical Hospital. 30 in- and out-patients aged 52-67 years having previously diagnosed primary gonarthrosis of X-ray stages II–III by the Kellgren and Lawrence classification and any of the comorbid conditions (arterial hypertension, coronary arteries disease, chronic back pain syndrome, NSAIDs-induced gastropathy) were enrolled to the study, which lasted for 12 months. **Results.** Analyzing the effectiveness of the combined therapy for the patients with diagnosed osteoarthritis and concomitant conditions during the 12-month period of the study, we have found better results in the patients, who received chondroprotectors parenterally and orally. Significant clinical effect presumably caused by chondroprotectors in mixed forms among the patients with osteoarthritis and comorbid pathology was proved by the improvement in the following clinical parameters as the Leken index and WOMAC. In 6 months of the therapy, we achieved a significant decrease in the total functional Leken index (10.88 ± 2.07), $p < 0.0001$ in the patients of the main group who received chondroprotectors in a mixed form compared to the control group (12.68 ± 2.08 , $p < 0.0001$). A significant decrease in the Leken index in the main group was also observed in 12 months since the therapy started ($p < 0.0001$), indicating the presence of long-term effects. We also observed the reducing in pain severity at rest and on movement, de-

cline in the level of daily activities restrictions according to WOMAC questionnaire filled in 6 months since the therapy began. The findings supporting positive therapeutic effects were found in both groups, but in the main group they were more significant. The total WOMAC questionnaire score in 6 month treatment period was 676.08 ± 215.63 in the main group that was significantly lower compared to the control group (858.46 ± 167.64 , $p < 0.0001$). This clinical indicator was also significantly lower in the main group (564.82 ± 187.34) compared to the control group (797.12 ± 218.10 , $p < 0.0001$) in 12 month period.

DOI 10.31718/2077-1096.20.3.110

УДК: 616.61–085

Іващенко Д.М., Дудченко М.О., Кравців М.І., Шевчук М.П.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПЕРВИННОЇ АНАЛГЕТИЧНОЇ ТА ПОДАЛЬШОЇ КОМБІНОВАНОЇ МЕТ–ТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ НИРКОВИХ КОЛІК

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Ключові слова: ниркова коліка, МЕТ–терапія.

Ниркова коліка – гострий патологічний симптомокомплекс, який, незважаючи на всі досягнення медицини, має постійну частоту в популяції людей - близько 12%. Цей стан характеризується вираженим раптовим больовим нападом, який викликає значне страждання пацієнта. Отже важливим є пошук найефективніших та найбезпечніших методів анальгезії та пошук шляхів корекції обструкції сечових шляхів, таких як причини виникнення болю. Метою дослідження була оцінка вираженості анальгетичної та комбінованої літоерадикативної терапії для покращення лікування пацієнтів з гострим нападом ниркової коліки. Для цього були проведені клінічні дослідження на 228 пацієнтах, доставлених в приймальне відділення з діагнозом ниркова коліка. На першому етапі було сформовано 3 групи, у яких визначали ефективність фармакологічного менеджменту первинної анальгезії. На другому етапі обстежено 96 хворих, розподілених на 2 групи та визначено ефективність літоерадикативної у моно-варіанті та у комбінації зі спазмолітиками. За отриманими результатами нашого дослідження встановлено, що при первинній анальгетичній терапії ниркової коліки перевагу мають препарати групи не стероїдних протизапальних препаратів над групою опіоїдів, що проявляється сильнішим анальгетичним ефектом та меншою вираженістю побічних реакцій. Диклофенак показав найкращі результати у зменшенні больового синдрому, переважаючи інші препарати на 5–7%. При оцінці ефективності комбінованої літоерадикативної терапії, отримані дані свідчать про збільшення шансів самовідходження конкрементів на 11% у групі, яка додатково у лікуванні отримувала дротаверин, а отже зменшення кількості хворих, які потребували подальшої операції. Також у цій групі на 6–7% було встановлено зменшення больового синдрому. Підсумовуючи отримані дані, можна рекомендувати використання для первинної анальгезії при нирковій коліці диклофенаку у дозі 75 мг, а при проведенні літоерадикативної терапії комбінувати α -блокатори та спазмолітики, що призведе до покращення клінічних результатів у пацієнтів.

Ключові слова: ниркова коліка, МЕТ–терапія.

Джерела фінансування: за власний рахунок.

Вступ

Ниркова коліка – симптомокомплекс клінічних ознак, який виникає у пацієнтів при наявності обструкції сечових шляхів та неможливості відтоку сечі від лоханково-мискової системи нирки. Причинами даної патології можуть бути декілька патологічних станів, найчастішими серед яких є сечокам'яна хвороба (95–98%). Інші причини - це анатомічні аномалії розвитку сечових шляхів, закупорка згустками крові, гною, слизу, на які припадає 2–5% випадків. Статистично частіше дана патологія виявляється у чоловіків (62–65%), після сорока років [1]. Клінічно це проявляється наступними станами:

- Сильний біль з локалізацією у поперековій ділянці та з ірадіацією по фланку живота на стороні ураження, локалізація та відлуння якого визначаються місцем перепони відтоку сечі.

- Нудота.

- Блювання, яке виникає на висоті болю, але не приносить полегшення.

- Дизуричні розлади – частіше при локалізації перешкоди в нижній третині сечоводу.

- Поява еритроцитів у сечі (гематурія).

Актуальність дослідження у цій сфері зумовлена тим, що статистично близько 12% людської популяції мають сечокам'яну хворобу, яка за життя проявиться епізодом ниркової коліки, а відсоток рецидиву захворювання після лікування складає близько 50% [2].

Причиною сечокам'яної хвороби як предиктора ниркової коліки є формування конкрементів в просвіті ниркової миски з наступною їх міграцією в просвіт сечоводу, де найчастіше й відбувається обструкція у місцях фізіологічних звужень.

Виділяють наступні фактори ризику формування конкрементів:

1. Недостатній об'єм сечі що виділяється (зменшене споживання рідини з підвищенням осмолярності сечі);

2. Гіперкальціурія (первинна або вторинна внаслідок гіпервітамінозу Д, гіперпаратиреоїдизму, системному ацидозі). Кальцієві камені ста-