

Золотарьова Наталія Артемівна

доктор медичних наук, професор, професор кафедри внутрішньої медицини №1
Одеський національний медичний університет, Україна

Карпенко Юрій Іванович

доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини №1
Одеський національний медичний університет, Україна

Потапчук Олександр Васильович

кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри внутрішньої медицини №1
Одеський національний медичний університет, Україна

ВПЛИВ ХОНДРОПРОТЕКТОРНОЇ ТЕРАПІЇ НА КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ПЕРЕБІГУ ДЕФОРМУЮЧОГО ОСТЕОАРТРОЗУ

Захворювання опорно-рухового апарату розглядаються у всьому світі як одна з найбільш поширених патологій і включають в себе запальні, дистрофічні, спадкові захворювання тощо [1-5]. Якщо поширеність хронічних запальних захворювань (ревматоїдний артрит, анкілозивний спондиліт, псоріатичний артрит) становить 1,0-1,5%, то дегенеративно-дистрофічних сягає 10% [3; 6] і найбільш розповсюджене з них - деформуючий остеоартроз (ДОА). Тенденція до старіння населення в усьому світі призводить до того, що кількість хворих на цю патологію неухильно зростає. Встановлено, що ДОА має місце у 10–12 % дорослого населення, його клінічні та/або рентгенологічні симптоми наявні у половини осіб старше 50 років, а у віці старше 70 років рентгенологічні ознаки ДОА знаходять у 90 % жінок і 80 % чоловіків [7]. Ця патологія є основною причиною інвалідності [8].

Етіопатогенетичні ланки ДОА характеризуються прогресуючим порушенням метаболізму суглобового хряща, кісткової структури епіфізів із подальшим залученням інших елементів суглоба [9]. Ці хронічні процеси супроводжуються розвитком деформації суглобів, больовим синдромом, втратою функціональної активності, розвитком вторинного запального процесу та зниженням якості життя хворих [9-12]. Саме тому питання підвищення ефективності лікування цієї патології і, насамперед, з медико-соціальної точки зору залишається досить актуальним.

У 2019 були опубліковані клінічні настанови щодо консервативного лікування ДОА, які були розроблені 2 незалежними групами експертів — групою, що функціонує під егідою Osteoarthritis Research Society International (OARSI), і другою, скликаною American College of Rheumatology (ACR) [13;

14]. Згідно з ними, беззаперечні стабільні позиції в менеджменті цього захворювання посіли нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), які включені до лікування усіх форм ДОО. Треба враховувати, що ця група досить уживаних в повсякденній лікарській практиці засобів [15] і ще більш - в ревматології, має цілу низку побічних ефектів, ризик яких підвищується при тривалому застосуванні. До того ж треба зауважити на загальновідомий факт приналежності НПЗП до симптоматичних препаратів, основними ефектами яких є протизапальна та знеболювальна дії та відсутність позитивних впливів на кісткову та хрящову тканини. Це змушує до пошуку шляхів по зменшенню їх дози або якісних альтернатив.

Отже, зараз значна увага вчених-ревматологів приділяється хондропротекторам – препаратам, до складу яких входить хондроїтин сульфат та глюкозамін сульфат – основні компоненти хрящової тканини, які теоретично мають сприяти його відновленню. Однак, не дивлячись на те, що ці препарати досліджуються вже майже упродовж 20 років, однозначної думки з підвищення ефективності завдяки їм при ДОО немає. Так, на початку їх вивчення (2002-2007 р.р.) Європейська Ревматологічна Ліга (EULAR) схвалила їх використання, але в подальшому через критику доказової бази інтерес і дослідження навколо них зменшилися (2008-2012 р.р.). У 2014 р. після перегляду доказових даних за рекомендаціями Європейського товариства з остеопорозу (ESCEO) ця група знов посіла своє місце, причому акцент робиться саме на кристалічному глікозаміну сульфаті за рахунок його підвищеної біодоступності та здатності обумовити достатню концентрацію у плазмі крові хворого [16]. З 2015 р. з'являються нові дослідження з позитивних ефектів сумісного вживання глікозаміну та хондроїтину при ДОО [17]. Підсумовуючи, треба зауважити що питання позитивного впливу хондропротекторів при ДОО потребують подальшого вивчення і, насамперед, з точки зору їх впливу на больовий синдром, а отже, на якість життя пацієнта.

Мета роботи – оцінка впливу мікрористалічної форми хондроїтин сульфату на больовий синдром пацієнтів з деформуючим остеоартритом.

Матеріали та методи.

Під спостереженням упродовж 3 місяців знаходилось 58 хворих на ДОО, які проходили стаціонарне та амбулаторне лікування на базі Одеського Національного медичного Університету (Військовий шпиталь, м. Одеса).

Критеріями включення в дослідження були верифікація діагнозу у відповідності з критеріями Асоціації ревматологів України та обов'язкова

наявність больового синдрому різного ступеня не тільки у колінному суглобі, але також і в інших. Критерії виключення – алергії на молюски, схильність до кровотеч, тяжкі порушення функції печінки або нирок.

Середній вік пацієнтів склав $62,3 \pm 1,1$ років, чоловіків -21 особа, жінок – 37 осіб. Усі хворі були розподілені на дві групи:

I група (контрольна, 28 хворих) – лікувальний комплекс складала 3-тижневий курс диклофенаку натрію (добова доза 75 мг) та омепразол для запобігання можливих гастропатій. В подальшому хворі приймали диклофенак тільки за потребою до кінця дослідження (3 місяця). Терапія хондропротекторами не проводилася у зв'язку з відмовою пацієнта з економічних міркувань.

II група (основна, 30 хворих) - до вищезазначеного лікувального комплексу додавався глікозамін сульфат (препарат «Дона» - єдиний в Україні мікрокристалічний) по 1 саше, розчинене в 1 склянці води (добова доза глікозаміну 1500 мг), щоденно, протягом 3 місяців.

Групи були репрезентативні за віком, статтю та тривалістю захворювання. Для оцінки виразності суглобового синдрому досліджували наступні показники:

- больовий індекс – визначався у спокої та під час руху за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ), оцінювався пацієнтом;
- суглобовий індекс – визначався методом білатеральної пальпації суглоба з метою оцінки його хворобливості (виражається від 0 до 3 балів), оцінювався лікарем.

Отримані результати обчислювали статистично із застосуванням критеріїв АНОВА та Ньюман-Кулліза.

Отримані результати та їх обговорення.

Аналіз отриманих результатів виявив позитивний вплив терапії, що проводилася, що відзначалося пацієнтами обох досліджуваних груп, а саме: поліпшення загального стану, зникнення больового синдрому або зниження його інтенсивності, нормалізація або збільшення амплітуди руху суглобів.

Вираженість і тривалість цих змін у пацієнтів обох груп мали різний характер. Так, протягом перших трьох тижнів (на фоні прийому НПЗП) хворі обох груп відзначали приблизно однаковий і досить виражений анальгезуючий ефект та збільшення амплітуди рухів. Після відміни прийому НПЗП (через 3 тижні) вираженість артралгій в обох групах була різною та їх оцінка лікарем та пацієнтом після лікування (кінець 3-го місяця) представлена в таблиці.

Таблиця

Динаміка виразності суглобового синдрому у процесі лікування (ВАШ)

Досліджувані показники	Контрольна група		Основна група	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Больовий індекс, мм				
- у спокої	36,15±,37	16,11±1,99*	38,92±1,07	10,02±1,98*
- при русі	65,22±4,02	30,27±2,97*	68,13±3,78	21,21±2,14*
Суглобовий індекс, бали	1,64±0,20	0,93±0,13*	1,75±0,21	0,81±0,18*

Примітка: * - $p < 0.05$ – вірогідні розбіжності досліджуваних показників порівняно з такими даними в контрольній групі тварин (АНОВА + Ньюман-Куллз критерій);

В обох досліджуваних групах відзначалася суттєва позитивна динаміка болю в її оцінці лікарем і пацієнтом. Однак вираженість її була більшою у групи, до комплексу лікування якої входив глікозамін сульфат: якщо прийняти показник зменшення болю у хворих контрольної групи за 100%, то при додаванні хондропротекторної терапії цей показник становив 144,2% у спокої та 134,3% під час руху суглобів.

Аналогічні зміни зазнав також показник суглобового індексу – при його суттєвому покращенні ($p < 0,05$) у хворих обох досліджуваних груп, вираженість ефекту при застосуванні глікозаміну була більшою на 32,4%.

Таким чином, оцінка ефективності лікування як лікарем, так і хворим практично не відрізнялася одна від одної та свідчила про виражену клінічну ефективність препарату з глікозамін сульфатом.

Висновки. Наведені результати дають змогу дійти висновку, що використання хондропротекторної терапії в комплексному лікуванні ДОО підвищує ефективність лікування – зменшує артралгії та підвищує амплітуду рухів. Особливо слід підкреслити, що ці ефекти зберігались навіть на тлі відсутності використання нестероїдних протизапальних препаратів або при їх нерегулярному прийомі упродовж 3 місяців.

Список використаних джерел:

1. Золотарьова Н. & Вастьянов Р. (2024) Поширеність гіпермобільного синдрому в популяції Південного регіону України. *Scientific Collection «InterConf»*, (210), 166-170.
2. Лурін І.А., Хоменко І.П., Степанов Г.Ф., Тертишний С.В., Вастьянов Р.С. & Тірон О.І. (2024) Зміни вмісту і активності м'язових білків як маркер в разі впливу іонізуючого опромінення на тварин. *Ортопедія, травматологія та протезування*, (3), 49-56
3. Страфун С.С. & Яременко О.Б. (2022) Сучасні підходи до лікування дегенеративно-дистрофічних захворювань суглобів. *Здоров'я України*, (5), 12-13.
4. Andreyeva T.O., Stoyanov O.M., Chebotargova G.M., Vastyanov R.S., Kalashnikov V.I. & Stoyanov A.O. (2022) Comparative clinical and morphometric investigations of cervical stenosis of the spinal canal in humans and dogs. *Regulatory Mechanisms in Biosystems*, 13(3), 301-307

5. Bestwick-Stevenson T., Wyatt L.A., Palmer D., Ching A., Kerslake R., Coffey F. et al. (2021) Incidence and risk factors for poor ankle functional recovery, and the development and progression of posttraumatic ankle osteoarthritis after significant ankle ligament injury (SALI): the SALI cohort study protocol. *BMC Musculoskeletal Disorders*, (22): 362.
6. Андреева Т.О., Стоянов О.М., Мірджурєв Е.М., Чеботарьова Г.М., Калашніков В.Й., Васьянов Р.С. & Дарій В.І. (2024) Клініко-морфометричні зміни шийного відділу хребта в людей і тварин з болем у шії. *Біль. Суглоби. Хребет*, 14(3), 51-58
7. Чистик Т. (2022) Нові можливості в лікуванні і профілактиці дегенеративно-дистрофічних захворювань суглобів і ревматоїдного артриту. *Біль. Суглоби. Хребет*, 12(2), 36-51.
8. Callhoff J., Albrecht K., Redeker I., Lange T., Goronzy J., Günther K.P. et al. (2020) Disease burden of patients with osteoarthritis: results of a cross-sectional survey linked to claims data. *Arthritis Care Res*, (72), 193–200.
9. Moroz V.M., Shandra O.A., Vastyanov R.S., Yoltukhivsky M.V. & Omelchenko O.D. (2016) *Physiology*. Vinnytsia : Nova Knyha, 722.
10. Золотарева Н.А. (2003) Особенности метаболизма наследственных соединительнотканых дисплазий. *Укр. ревматол. Журнал*, 3(13), 53-54.
11. Золотарева-Андреева Н.А. (1999) Изучение метаболизма соединительной ткани у больных гипермобильным синдромом. *Вестник морской медицины*, (1), 20-22.
12. Золотарева Андреева Н.А. (1999) Системність ураження сполучної тканини у хворих на гіпермобільний синдром. *Journal of the Ukrainian Medical Assotiation of North America*, (143), 245-247.
13. Bannuru R.R., Osani M.C., Vaysbrot E.E., Arden N.K., Bennell K., Bierma-Zeinstra S.M.A. et al. (2019) OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*, (27), 1578–1589.
14. Kolasinski S.L., Neogi T., Hochberg M.C., Oatis C., Guyatt G., Block J. et al. (2020) American College of Rheumatology/Arthritis Foundation guideline for the management of osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Rheumatol.*, (72), 220–233.
15. Золотарева Н. & Паламарчук Д. (2024) Аналіз використання нестероїдних протизапальних препаратів лікарями загальної практики та ревматологами. XII International scientific and practical conferens «Scientific Theories and Practices as an Engine of Modern Development» (February 28- March 1, 2024) Bratislava, Slovakia, International Scientific Unity, 113-116.
16. Bruyère O., Honvo G., Veronese N., Arden N.K., Branco J., Curtis E.M. et al. (2019) An updated algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (ESCEO). *Semin Arthritis Rheum.*, (3), 337-350.
17. Hochberg M.C., Martel-Pelletier J., Monfort J., Möller I., Castillo J.R., Arden N. et al. (2016) Combined chondroitin sulfate and glucosamine for painful knee osteoarthritis: a multicentre, randomised, double-blind, non-inferiority trial versus celecoxib. *Ann Rheum Dis*, 75(1), 37-44.