

## «Хондроїтин комплекс» у лікуванні хворих з дегенеративно-дистрофічними ураженнями хребта

**Мета роботи** — оцінити клінічну ефективність комплексного консервативного лікування синдрому первинного болю в нижній частині спини із застосуванням препаратів «Хондроїтин комплекс» і «Хондроїтин фітофарм» у хворих з неускладненими формами дегенеративно-дистрофічних уражень хребта.

**Матеріали та методи.** Комплексне обстеження та лікування проведено у 120 пацієнтів із загостренням синдрому болю в нижній частині спини на тлі неускладнених форм дегенеративно-дистрофічних уражень хребта (остеохондроз, спондилоартроз). Середній вік пацієнтів становив ( $47,3 \pm 5,7$ ) року. Жінок було 72 (60 %), чоловіків — 48 (40 %). У складі комплексного лікування призначали «Хондроїтин комплекс» по 1 капсулі 2 рази на добу протягом перших 30 днів; потім — по 1 капсулі 1 раз на добу впродовж наступних 30 днів, а також місцеве застосування гелю «Хондроїтин фітофарм» 2 рази на добу протягом 3–4 тиж.

**Результати та обговорення.** Оцінка результатів лікування за візуальною аналоговою шкалою засвідчила достовірно позитивну динаміку зменшення інтенсивності больового синдрому в обстежених хворих. Оцінка функціонального стану хворих за шкалою Ролланда—Морріса (RDQ-24), що дає змогу визначити зміну та ступінь активності хворих з LBP-синдромом, засвідчила достовірне зростання активності хворих через 30 днів після початку лікування (з 69,7 до 26,4 бала). За оцінкою лікаря через 30 днів відмінний клінічний результат був відмічений у 14,42 % хворих, добрий — у 55,13 %, а задовільний — у 30,45 %.

**Висновки.** Результати проведеного клінічного дослідження засвідчили перевагу застосування препаратів «Хондроїтин комплекс» і «Хондроїтин фітофарм» у комплексному консервативному лікуванні хворих із синдромом первинного болю у спині, зумовленим дегенеративно-дистрофічними ураженнями хребта в періоді загострення, в аспекті безпечності, швидкості настання та стійкості отриманого клінічного ефекту.

### Ключові слова:

синдром первинного болю, дегенеративно-дистрофічні ураження хребта, клінічна ефективність, комплексне лікування.

За даними ВООЗ, серед причин звернення хворих по первинну ортопедичну консультацію біль у спині посідає друге місце, хоча б один раз у житті 90 % населення планети відчували біль у спині, а 5 % мають хронічну проблему [10, 11]. Біль у спині, а найчастіше в поперековому відділі хребта (LBP — low back pain), — одна з найчастіших причин ортопедичної інвалідності людей віком до 45 років у розвинутих країнах [6, 10]. Згідно із сучасною класифікацією залежно від причини виникнення розрізняють первинний біль (неспецифічний LBP) і вторинний біль (специфічний LBP) [6, 11].

На частку первинного болю у спині припадає понад 90 % усіх випадків [6, 12]. Його головною причиною в більшості випадків вважають дегенеративно-дистрофічні ураження хребта — остеохондроз (первинне ураження міжхребцевих дисків) та спондилоартроз (первинне ураження дуговідросткових суглобів хребта) з подальшим утягненням у



**О.А. Бур'янов,  
Т.М. Омельченко**

Національний  
медичний університет  
імені О.О. Богомольця,  
Київ

### КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ

**Бур'янов  
Олександр Анатолійович**  
д. мед. н., проф., зав. кафедри  
травматології та ортопедії

01601, м. Київ,  
вул. Воровського, 27  
E-mail: kafravm@mail.ru

Стаття надійшла до редакції  
14 листопада 2013 р.

дегенеративно-дистрофічний процес інших елементів хребта: тіл і дужок хребців, зв'язкового апарату, м'язів і сухожилків, нервових структур. У МКХ-10 виокремлена рубрика М54.5 «Біль у нижній частині спини».

Вторинний біль у спині зустрічається приблизно у 8–10 % випадків та зазвичай зумовлений пухлинним, запальним, травматичним або інфекційним ураженням структур хребта (остеомиєліт, абсцес, туберкульоз, герпес), є результатом системних дисметаболических процесів (остеопороз), захворювань внутрішніх органів, первинного ураження нервової системи (спинного мозку, корінців, периферичних нервів). Саме ці захворювання та патологічні стани провідні для диференціальної діагностики, а їх наявність докорінно змінює тактичні підходи до лікування [2, 11, 12].

За сучасними уявленнями, остеохондроз — це дегенеративно-дистрофічне захворювання хребта з первинним ураженням міжхребцевого диска та характерними структурно-функціональними порушеннями. У генезисі остеохондрозу визначальним чинником виступає формування «хибного кола» дистрофічних і дегенеративних змін на різних рівнях організації системи рухових сегментів хребта: органному, тканинному, клітинному та молекулярному [1]. Спочатку дегенеративні зміни відбуваються в міжхребцевому диску. Диск поступово втрачає вологу, погіршується амортизаційна функція пульпозного ядра, часто воно фрагментується. Фіброзне кільце втрачає еластичність, стоншується, розм'якшується та розшаровується, у ньому з'являються тріщини, при цьому фрагменти пульпозного ядра випинають зовнішні шари фіброзного кільця. З'являються протрузії, а згодом кили. У подальшому процес поширюється на тіла суміжних хребців. Велике значення у виникненні клінічних симптомів мають зміни в нервовому корінці. Звичайно при остеохондрозі уражається екстрадуральна зона корінця (на проміжку від твердої мозкової оболонки до спинномозкового ганглія). Протрузія або кила, стискаючи нервовий корінець, створює на його поверхні вдавлення. Згодом нервовий корінець деформується та розтягується. Згідно із сучасною класифікацією вирізняють три стадії остеохондрозу, врахування яких обов'язкове при визначенні тактики лікування хворих цієї категорії: перша стадія — внутрішньодискові зміщення драглистого ядра, друга — протрузія міжхребцевого диска, третя — кила диска [1].

Клінічні вияви дегенеративно-дистрофічних уражень хребта зумовлені дискалгіями, спондилоартралгіями та нестабільністю. Сьогодні розрізня-

ють три форми нестабільності при дегенеративно-дистрофічних ураженнях хребта — дискогенну, дискартрогенну й дискартроостеогенну [1].

Синдром дискалгії характеризується комплексом клінічних ознак, до яких належать сильний біль, неврологічні вияви та грубі міотонічні реакції, що призводять до функціонального блока сегментів хребта. Причиною його формування стають патологічні зміни міжхребцевих дисків — внутрішньодискові зміщення драглистого ядра, протрузії та кили диска. Водночас розвиток больового синдрому зумовлений іррадіацією закінчень зворотної гілки синусвертебрального нерва (механічного й хімічного характеру), розташованих у задніх стінках фіброзного кільця, задній поздовжній зв'язці, твердій мозковій оболонці. Під час безпосереднього здавлення елементами диска чутливої гілки нервового корінця формується корінцевий больовий синдром і відповідні чутливі, рухові та трофічні зміни відповідної локалізації [1].

Дегенеративно-дистрофічні ураження суглобів хребта (спондилоартроз) зумовлюють розвиток спондилоартралгії. Останній характеризується типовим симптомокомплексом і виявляється болем (люмбалгія, дорзалгія) різної сили з поступовим початком і повільним прогресуванням, що посилюється при переході зі стану спокою до рухів і зменшується після розминки чи масажу, супроводжується обмеженням рухів (розгинання та ротації), тугорухомістю. Такий стан може супроводжуватися відчуттям хрускоту в хребті. В основі спондилоартралгії лежить подразнення закінчень медіальної гілочки спинномозкового нерва [1].

Вирішення лікувально-профілактичних завдань при дегенеративно-дистрофічних ураженнях хребта можливе за системного підходу. Такий метод передбачає розглядання структури та функції хребта як системи, що виконує опорну, захисну та рухову функції. Основним елементом цієї системи виступає сегмент хребта, підсистема якого вміщує два суміжних хребця, міжхребцевий диск, парні дуговідросткові, реберно-хребцеві та реберно-поперечні зчленування, м'язовий і зв'язковий апарат. У I та II стадіях остеохондрозу застосовують консервативне лікування. До оперативного лікування можна вдаватися у II та III стадіях остеохондрозу за наявності вираженої неврологічної симптоматики, стійкого інтенсивного больового синдрому, парезів, паралічів [1].

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

Головні завдання лікування — уповільнення прогресування дегенеративного процесу, зменшення інтенсивності запалення та больового синдрому, підвищення функціональної активності та якості життя хворих. Вирішення поставлених завдань неможливе без ефективного комплексного впливу на численні ланки патогенезу дегенеративно-дистрофічного та запального процесу [2—12]. Це зумовлює актуальність комплексного застосування ефективних і безпечних хондропротекторних, протизапальних і знеболювальних препаратів, міорелаксантів, нейротропних та інших фармакологічних засобів.

До хондропротекторних препаратів, що ефективно зменшують прогресування дегенеративно-дистрофічного процесу, інтенсивність запалення, вираженість больового синдрому та можуть застосовуватись у лікуванні хворих із дегенеративно-дистрофічними процесами у хребті й суглобах, належать «Хондроїтин комплекс» і «Хондроїтин фітофарм» виробництва ПАТ «Фітофарм» (Україна).

**Мета роботи** — оцінити клінічну ефективність комплексного консервативного лікування синдрому первинного болю в нижній частині спини із застосуванням препаратів «Хондроїтин комплекс» і «Хондроїтин фітофарм» у хворих з неускладненими формами дегенеративно-дистрофічних уражень хребта.

### Матеріали та методи

Комплексне обстеження та лікування проведено у 120 пацієнтів із загостренням синдрому болю в нижній частині спини на тлі неускладнених форм дегенеративно-дистрофічних уражень хребта (остеохондроз, спондилоартроз). Середній вік пацієнтів становив  $(47,3 \pm 5,7)$  року. Жінок було 72 (60 %), чоловіків — 48 (40 %).

У складі комплексного лікування призначали «Хондроїтин комплекс» по 1 капсулі 2 рази на добу протягом перших 30 днів; потім — по 1 капсулі 1 раз на добу впродовж наступних 30 днів, а також місцеве застосування гелю «Хондроїтин фітофарм» 2 рази на добу протягом 3—4 тиж. Механізм дії цих препаратів полягає у стимуляції синтезу глікозаміногліканів, сприянні відновленню суглобового хряща, збільшенні продукції внутрішньосуглобової рідини, стимуляції синтетичних процесів у хондроцитах, сприянні відновленню матриксу хрящової тканини. Диметилсульфоксид, що входить до складу лікарського засобу «Хондроїтин фітофарм», поліпшує проникнення та біодоступність основної діючої речовини — хондроїтину сульфату. Препарат добре всмоктується з поверхні шкіри, зменшує вираженість болю в уражених суглобах хребта і

сприяє збільшенню їх рухливості, а також уповільнює прогресування спондилоартрозу та остеохондрозу.

Враховуючи особливості патогенезу захворювання та необхідність патогенетичного, комплексного підходу в лікуванні, окрім указаних хондропротекторних фармакологічних засобів, застосовували таку схему фармакологічного лікування:

- ацеклофенак у добовій дозі 200 мг упродовж 7 днів;
- тольперизон в ампулах по 1 мл (100 мг) 2 рази на добу в/м упродовж 5 днів з подальшим переходом на таблетовану форму по 150 мг 3 рази на добу протягом 10 днів;
- «Нейрорубін» в ампулах по 3 мл 1 раз на добу в/м упродовж 10—15 днів;
- «Нуклео-ЦМФ» в ампулах по 2 мл 1 раз на добу в/м № 3—6.

Хворі, що ввійшли до групи спостереження, не мали інших ревматичних захворювань, а також гострих патологічних процесів з боку шлунково-кишкового тракту, печінки, нирок, серцево-судинної та ендокринної систем.

Комплексне клінічне обстеження пацієнтів проводили під час первинного звернення, через 30 і 60 днів після лікування. Усі хворі були обстежені шляхом стандартних лабораторних (загальний аналіз крові, сечі, цукор крові тощо) та інструментальних (рентгенографія і МРТ) способів обстеження, що дало змогу точно визначити наявність показань до застосування консервативного лікування та виключити вторинне походження больового синдрому в нижній частині спини. Клінічне обстеження хворих складалося зі збору анамнезу, огляду, паравертебральної пальпації, визначення тону паравертебральних м'язів, жвавості фізіологічних рефлексів та наявності патологічних; визначення порушень чутливості в зоні іннервації за рівнем ураження хребетно-рухового сегмента, визначення порушень рухливості на рівні ураження та в зонах іннервації.

Опитування хворого починали зі з'ясування скарг, котрі давали можливість визначити гострий чи хронічний характер ураження, наявність запалення, фіксували увагу на анатомічних та/або функціональних відхиленнях. З анамнестичних відомостей найважливішим був етіологічний фактор, термін страждання, механізм травми, наявність моторних розладів або порушень чутливості, їх рівень.

Обстеження виконували в положенні стоячи та лежачи. Тонус м'язів оцінювали за 5-бальною шкалою.

Оцінюючи результати лікування, з метою їх об'єктивізації використовували такі критерії та

Таблиця 1. Рейтингова шкала Ролланда—Морріса для LBP (RDQ-24)

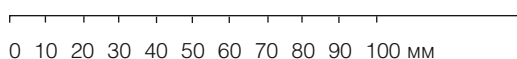
№	Критерії оцінки функціонального стану хворих	Бали
1.	Я залишаюся вдома більшу частину часу через мою спину	1
2.	Я часто змінюю положення, щоб зручніше розташувати спину	1
3.	Я йду повільніше, ніж звичайно, через мою спину	1
4.	Через мою спину я не можу виконувати будь-яку хатню роботу	1
5.	Я змушений використовувати перила, ідучи 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 в мене поганий апетит	1
16.	Мені важко вдягти 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 вимушений вдягатися зі сторонньою допомогою	1
20.	Я вимушений сидіти впродовж 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
	Усього	24

параметри, що рекомендовані для введення до дизайну клінічних досліджень у системах SADOA та EULAR [1]:

- оцінка інтенсивності больового синдрому за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) Хаскисона;
- оцінка функціонального стану хворого за рейтинговою шкалою Ролланда—Морріса — за шкалою оцінки динаміки для LBP (RDQ-24);
- загальна оцінка результату лікування пацієнтом;
- загальна оцінка результату лікування лікарем.

Візуальна аналогова шкала болю — це загальний інструмент оцінки ступеня больового синдрому при багатьох патологічних станах [11]. Вона становить собою горизонтальну лінію з позначками від 0 до 100 мм, початок якої відповідає відсутності больових відчуттів, а закінчення — максимальному болю. Для відповіді на питання про ступінь своїх больових відчуттів пацієнтові пропонується відмітити точку на шкалі.

#### Оцінка інтенсивності больового синдрому за ВАШ Хаскисона



Оцінка функціонального стану хворого за рейтинговою шкалою Ролланда—Морріса — це шкала

оцінки динаміки LBP (RDQ-24). Вона містить 24 питання з можливими відповідями «так/ні», де кожна відповідь «так» додає 1 бал (табл. 1). Ця шкала дає змогу визначити та оцінити інвалідність у хворих із болем у спині. У ній розглядаються фізичні можливості, що охоплюють ходу в зігнутому стані, можливість сидіти, стояти, лежати, вдягатися, обслуговувати себе та виконувати повсякденну роботу. Остаточна оцінка 0 балів — інвалідність відсутня, функціональний стан не обмежений, 24 бали — важка інвалідність.

#### Результати та обговорення

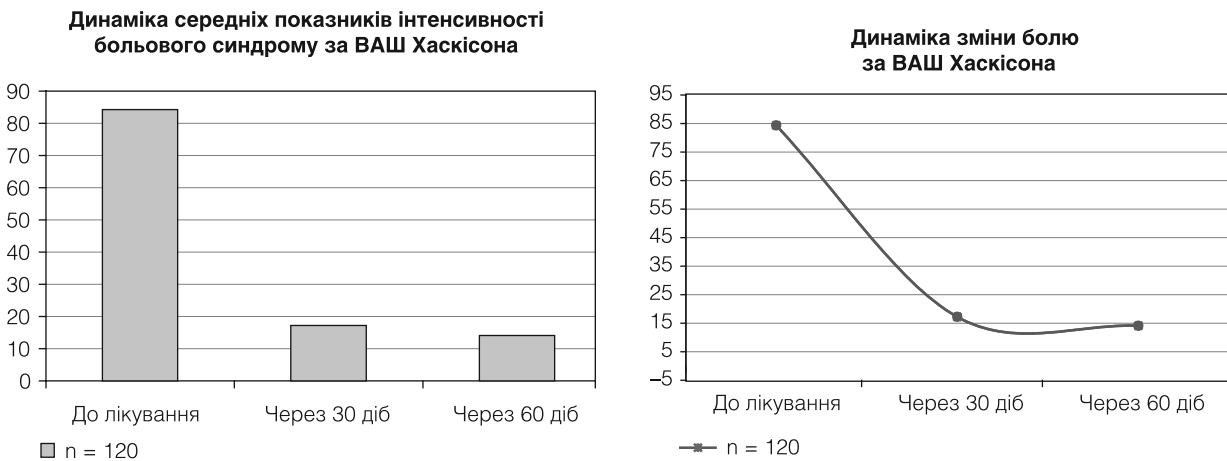
Спостереження за хворими проводили в динаміці: до початку лікування, через 30 та через 60 діб після початку лікування. Спостереження проводилося з метою визначення динаміки зменшення больового синдрому, зростання фізичної активності хворих та стійкості клінічного ефекту. Функціональний результат був тим кращим, чим меншою була вираженість больового синдрому та чим менша сума балів визначалася за рейтинговою шкалою оцінки динаміки LBP за Ролландом—Моррісом (RDQ-24). Інтегральна оцінка результатів проведеного лікування наведена в табл. 2.

Оцінка результатів лікування за ВАШ засвідчила достовірно позитивну динаміку зменшення

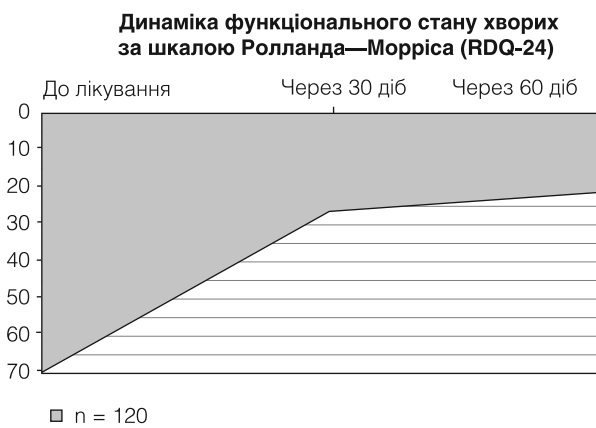
**Таблиця 2.** Інтегральна оцінка результатів проведеного лікування в динаміці

Параметри оцінки	Групи спостереження		
	До лікування	Через 30 діб	Через 60 діб
Візуальна аналогова шкала болю Хаскісона	84,3	17,2**	14,1**
Середній показник за шкалою Ролланда—Морріса (RDQ-24), бали	69,7	26,4**	21,3*
Оцінка результату лікування лікарем*	Неефективне	—	—
	Недостатнє	—	—
	Задовільне	—	30, 45%
	Добре	—	55, 13%
Оцінка результату лікування пацієнтом*	Відмінне	—	14, 42%
	Неефективне	—	—
	Недостатнє	—	—
	Задовільне	—	33, 45%
Оцінка результату лікування пацієнтом*	Добре	—	57, 89%
	Відмінне	—	8, 66%
	Відмінне	—	10, 97%

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



**Рис. 1.** Динаміка зменшення інтенсивності болювого синдрому в обстежених хворих за ВАШ



**Рис. 2.** Динаміка активності хворих за шкалою Ролланда—Морріса (RDQ-24)

інтенсивності болювого синдрому в обстежених хворих. Так, через 30 діб після проведеного лікування інтенсивність болю зменшилася в середньому у 5 разів (84,3 : 17,2), а в наступні 30 діб про-

довжувала зменшуватися (17,2 : 14,1), що свідчить про стійкість отриманого ефекту (рис. 1). Отже, тривалість і стійкість знеболювального ефекту, що зумовлені застосуванням у комплексному лікуванні «Хондроїтин комплекс» і «Хондроїтин фітофарм», засвідчили переваги цих препаратів у хворих з вертеброгенним болювим синдромом на тлі первинних дегенеративно-дистрофічних уражень хребта.

Оцінка функціонального стану хворих за шкалою Ролланда—Морріса (RDQ-24), що дає змогу визначити зміну та ступінь активності хворих з ЛВР-синдромом, засвідчила достовірне зростання активності хворих через 30 діб після початку лікування (з 69,7 до 26,4 бала). Через 2 міс спостереження в основній групі хворих активність продовжувала зростати (26,4 балів — 21,8 балів), що збігається з даними щодо продовження зменшення інтенсивності болю в цей період та підтверджує ефективність застосованого комплексу лікування (рис. 2).

За оцінкою лікаря через 30 днів відмінний клінічний результат був відмічений у 14,42 % хворих, добрий — у 55,13 %, а задовільний — у 30,45 % хворих. Через 60 днів спостерігалася позитивна динаміка перерозподілу результатів лікування, що характеризувалася зростанням відмінних і добрих результатів за рахунок зменшення хворих із задовільними результатами. Оцінка результатів лікування пацієнтами показала аналогічну динаміку, однак кількість відмінних і добрих результатів була дещо нижчою.

### Висновки

Результати проведеного клінічного дослідження засвідчили перевагу застосування препаратів «Хондроїтин комплекс» і «Хондроїтин фітофарм» у комплексному консервативному ліку-

ванні хворих із синдромом первинного болю у спині, зумовленим дегенеративно-дистрофічними ураженнями хребта в періоді загострення в аспекті безпечності, швидкості настання та стійкості отриманого клінічного ефекту.

При застосуванні розробленого лікування визначено достовірне тривале та стійке зменшення больового синдрому за ВАШ, значне та стійке зростання функціональної здатності й активності хворих за шкалою оцінки функціонального стану хребта Ролланда—Морріса (RDQ-24) у межах терміну спостереження.

Оцінка якості лікування пацієнтами та лікарем засвідчила перевагу застосування комбінованих препаратів хондроїтину та глюкозаміну в комплексному лікуванні LBP-синдрому у хворих із первинними дегенеративно-дистрофічними захворюваннями хребта.

### Список літератури

1. Бурьянов А.А. Грудной остеохондроз.— К.: Ленвіт, 1997.— 328 с.
2. Продан А.И., Радченко В.А., Корж Н.А. Дегенеративные заболевания позвоночника.— Харьков: ИПП «Контраст», 2009.— 272 с.
3. Davies R., Maher C., Hancock M. A systematic review of paracetamol for non-specific low back pain // *Eur. Spine J.*— 2008.— Vol. 17, N 11.— P. 1423—1430.
4. Dingle J.T. Non-steroidal anti-inflammatory drug administration in the treatment of osteoarthritis // *Clinical and Experimental Aspects.*— Berlin: Springer, 1999.— P. 370—387.
5. Leeb B., Montag K. A metaanalysis of chondroitinsulfate in the treatment of Osteoarthritis // *J. Rheumatol.*— 2000.— Vol. 27, N 1.— P. 205—211.
6. Mazieres B., Combe B. Chondroitin sulfate in osteoarthritis knee: a prospective, double — blind, placebo-controlled multicenter clinical study // *J. Rheumatol.*— 2001.— Vol. 28.— P. 173—181.
7. McAlindon T., LaValley M. Glucosamin and Chondroitin for treatment of osteoarthritis: a systematic quality assessment and metaanalysis // *JAMA.*— 2000.— Vol. 283.— P. 1469—1475.
8. Neville A., Peleg R., Singer Y. et al. Chronic pain: a population-based study // *Isr. Med. Assoc. J.*— 2008.— Vol. 10, N 10.— P. 676—660.
9. Reginster J.Y., Deroisy R., Rovati L.C. et al. Long-term effects of glucosamine sulfate on osteoarthritis progression: a randomised, placebo-controlled clinical trial // *Lancet.*— 2001.— Vol. 357.— P. 251—256.
10. Richey F., Bruyere O., Ethgen O. et al. Structural and symptomatic efficacy of glucosamine and chondroitin in knee osteoarthritis: a comprehensive meta-analysis // *Arch. Intern. Med.*— 2003.— Jul 14.— 163 (13).— P. 1514—1522.
11. Roland M., Morris R. A study of the natural history of back pain: part I: development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain // *Spine.*— 1983.— N 8.— P. 141—144.
12. Woolf A., Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions // *Bull. Wld. Hlth. Org.*— 2003.— Vol. 81, N 9.
13. Yousefi-Nooraie R., Schonstein E., Heidari K. et al. Low level laser therapy for nonspecific low-back pain // *Cochrane Database Syst. Rev.*— 2007.— N 2.— CD005107.

### А.А. Бурьянов, Т.М. Омельченко

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

### «Хондроїтин комплекс» в лечении больных с дегенеративно-дистрофическими поражениями позвоночника

**Цель работы** — оценить клиническую эффективность комплексного консервативного лечения синдрома первичной боли в нижней части спины с применением препаратов «Хондроїтин комплекс» и «Хондроїтин фітофарм» у больных с неосложненными формами дегенеративно-дистрофических поражений позвоночника.

**Материалы и методы.** Комплексное обследование и лечение проведено у 120 пациентов с обострением синдрома боли в нижней части спины на фоне неосложненных форм дегенеративно-дистрофических поражений позвоночника (остеохондроз, спондилоартроз). Средний возраст пациентов составил (47,3 ± 5,7) года. Женщин было 72 (60 %), мужчин — 48 (40 %). В составе комплексного лечения назначали «Хондроїтин комплекс» по 1 капсуле 2 раза в сутки в течение первых 30 сут, затем — по 1 капсуле 1 раз в сутки в течение последующих 30 сут, а также местное применение геля «Хондроїтин фітофарм» 2 раза в сутки в течение 3—4 нед.

**Результаты и обсуждение.** Оценка результатов лечения по визуальной аналоговой шкале показала достоверно положительную динамику уменьшения интенсивности болевого синдрома у обследованных больных. Оценка функционального состояния больных по шкале Ролланда—Морриса (RDQ-24), которая позволяет определить изменение и степень активности больных с LBP-синдромом, показала достоверное увеличение активности больных через 30 сут после начала лечения (с 69,7 до 26,4 балла). По оценке врача через 30 сут отличный клинический результат был отмечен в 14,42 % больных, хороший — у 55,13 %, а удовлетворительный — у 30,45 %.

**Выводы.** Результаты проведенного клинического исследования показали преимущество применения препаратов «Хондроїтин комплекс» и «Хондроїтин фітофарм» в комплексном консервативном лечении больных с син-

дромом первичної болю в спині, обусловленим дегенеративно-дистрофічними поразками позвоника в періоді обострення, в аспекті безпеки, швидкості настання і стійкості отриманого клінічного ефекта.

**Ключевые слова:** синдром первичної болю, дегенеративно-дистрофічні поразки позвоника, клінічна ефективність, комплексне лікування.

**O.A. Bur'yanov, T.M. Omelchenko**

Bogomolets National Medical University, Kyiv

## «Chondroitin Complex» in the treatment of patients with spine degenerative and dystrophic disorders позвоника

**Objective** – to assess clinical efficacy of the complex conservative treatment of the primary lower back pain syndrome (LBP-syndrome) with the use of preparations «Chondroitin Complex» and «Chondroitin-Phytopharm» in patients with non-complicated forms of the spine degenerative and dystrophic disorders.

**Materials and methods.** Complex investigation and treatment have been performed on 120 patients with the exacerbation of the LBP-syndrome against the background of the non-complicated forms of the spine degenerative and dystrophic disorders (osteochondrosis, spondylarthrosis). The mean age of the patients was  $(47.3 \pm 5.7)$  years. From them there were 72 women (60 %), and 48 male subjects (40 %). The administered complex treatment included «Chondroitin Complex» in a dose of 1 capsule twice a day during the first 30 days, and 1 capsule once a day thereafter during subsequent 30 days, as well as local application of the «Chondroitin-Phytopharm» twice a day during 3–4 weeks.

**Results and discussion.** The assessment of the results of treatment with the use of Visual Analogue Scale (VAS) showed the significant positive dynamics of the reduction of pain syndrome intensity in the investigated patients. The assessment of the functional state of patients with the use of Roland-Morris Scale (RDQ-24), which enables to define the changes and degree of activity of patients with LBP-синдромом, showed the significant increase of the patients' activity 30 days after the treatment start (from 69.7 to 26.4 scores). On the physicians' opinion, after 30 days of treatment the excellent clinical result was gained in 14.42 % of patients. good result in 55.13 %, and satisfactory result in 30.45 % of patients.

**Conclusions.** The results of the performed clinical study showed the advantages of the use of preparations «Chondroitin Complex» and «Chondroitin-Phytopharm» in the complex conservative treatment of patients with the primary LBP-syndrome, associated with the spine degenerative and dystrophic disorders in the exacerbation period, from the position of safety, the speed of onset and stability of the obtained clinical effect.

**Key words:** primary pain syndrome, spine degenerative and dystrophic disorders, clinical efficacy, complex treatment. □