

# Комплексне медикаментозне лікування пацієнтів з остеоартрозом: які можливості маємо сьогодні?

**Згідно із сучасним визначенням, остеоартроз (ОА) – це багатофакторне дегенеративне захворювання суглобів, що характеризується деструкцією суглобового хряща, запаленням синовіальної оболонки суглобів і ремоделюванням субхондральної кісткової тканини (Glyn-Jones S. et al., 2015).**

Нині ОА є одним із найпоширеніших хронічних захворювань людства: його симптоми спостерігаються більш ніж у 10% загальної популяції осіб віком старше 60 років (Bijlsma J.W. et al., 2011; Zhang Y., Jordan J.M. et al., 2010). В осіб молодого віку дедалі більшого значення набуває посттравматичний ОА, який має вторинну природу та становить близько 12% у структурі всіх випадків симптомного ОА (Thomas A.C. et al., 2017). Уже сьогодні ОА домінує в структурі хронічної патології опорно-рухового апарату, а зі збільшенням очікуваної тривалості життя людей його поширеність у популяції тільки зростатиме. При цьому жінки мають більший ризик розвитку ОА, ніж чоловіки (Pereira D. et al., 2015).

ОА належить до групи захворювань, що прогресують, і спричиняє істотне обмеження функціональних можливостей, погіршення якості життя, втрату працездатності та ранню інвалідизацію хворих. Отже, основні завдання, котрі постають перед лікарем у процесі лікування пацієнтів з ОА, полягають у сповільненні темпів прогресування захворювання, зменшенні вираженості його клінічної симптоматики (насамперед в усуненні больового синдрому), розширенні функціональних можливостей і покращенні якості життя пацієнтів. З огляду на це, оптимальне ведення хворих на ОА передбачає застосування цілого комплексу терапевтичних заходів: від немедикаментозного лікування (фізичні вправи, зниження маси тіла, реабілітаційні програми, інформування про проблему/навчання) до комплексної фармакотерапії, а на пізніх стадіях захворювання – й ендопротезування суглобів. Препарати медикаментозного лікування традиційно можна поділити на дві великі групи: структурно-модифікуючі, які позитивно впливають на хрящову тканину, та симптоматичні (швидкої та повільної дії), котрі усувають біль і запалення.

## Роль хондропротекторів у лікуванні ОА

Оскільки ОА є хронічним дегенеративним захворюванням суглобів, що прогресує, він потребує тривалої терапії, при плануванні якої на перше місце поряд з ефективністю призначених лікарських засобів виходить їх безпека. У лікуванні ОА широко використовують анальгетики (насамперед парацетамол) і нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), однак вони можуть спричинити серйозні небажані реакції, в тому числі з боку серцево-судинної системи та шлунково-кишкового тракту. При цьому чим більшою є тривалість лікування цими симптоматичними засобами швидкої дії, тим вищим є ризик виникнення таких побічних реакцій (Towheed T.E. et al., 2006; Garner S.E. et al., 2005).

«Ідеальний» препарат для лікування ОА мав би не тільки зменшувати вираженість клінічних симптомів, але й додатково модифікувати природний перебіг цього захворювання, зменшуючи деструктивний ефект медіаторів запалення на суглобовий хрящ (Vasiliadis H.S., Tsikopoulos K., 2017). У зв'язку з цим увага клініцистів уже багато років прикута до можливості тривалого застосування в пацієнтів з ОА препаратів природного походження – глюкозаміну та хондроїтину, ключовими характеристиками котрих є здатність захищати суглобовий хрящ шляхом модифікації біохімічних каскадів, які роблять свій внесок у патогенез ОА, та симптоматичний (знеболювальний) ефект.

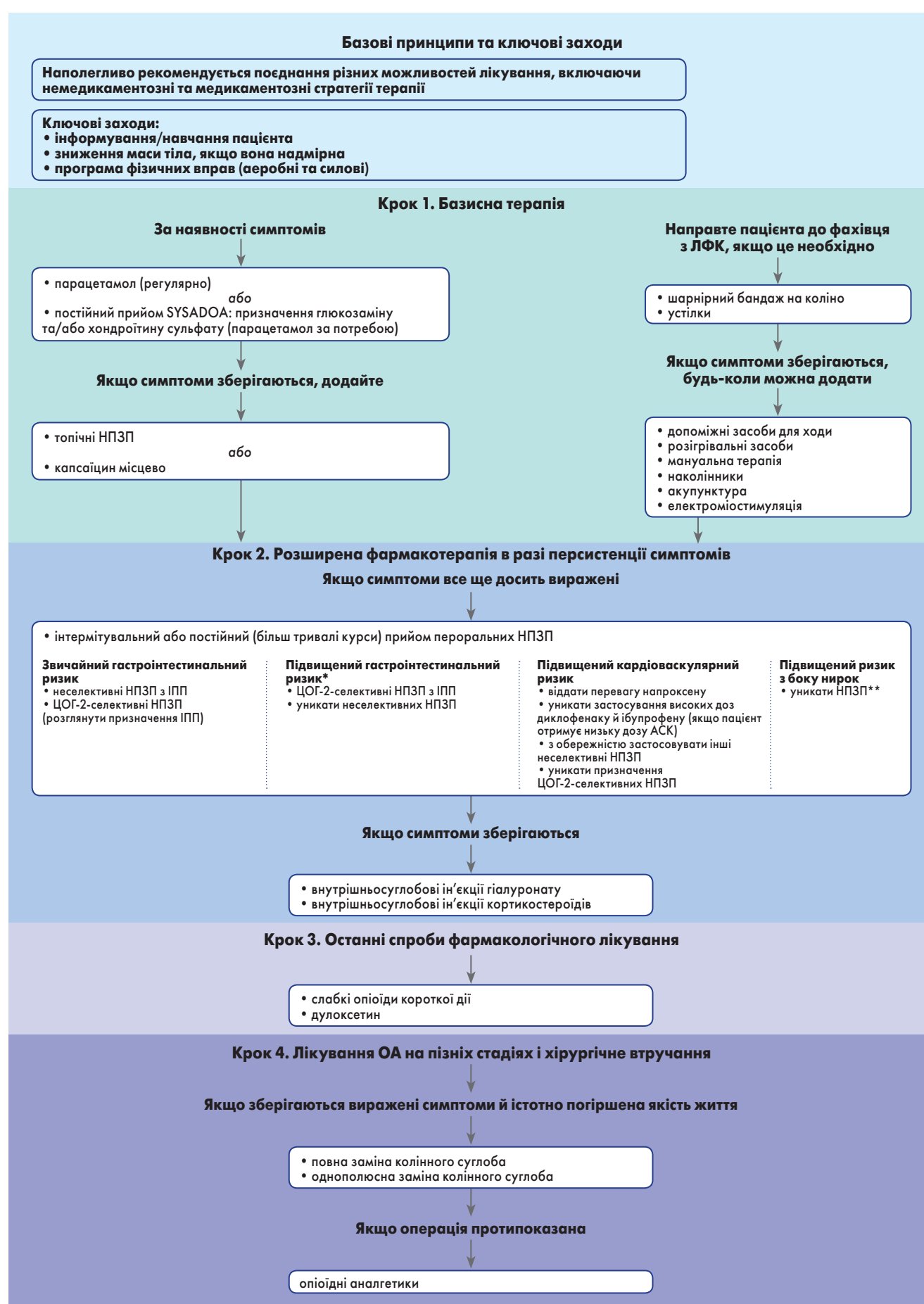
Як відомо, найчастішою локалізацією при ОА є колінні суглоби: симптоми їх ураження відзначають у 24% осіб у загальній популяції (Pereira D. et al., 2011); через це саме ОА колінних суглобів може виступати як «ідеальна модель» для розроблення рекомендацій щодо лікування. 2014 року Європейським товариством із вивчення клінічних та економічних аспектів остеопорозу й ОА (ESCEO) були видані оновлені міжнародні рекомендації (Bruyere O. et al., 2014), в яких був запропонований алгоритм етапного лікування ОА колінного суглоба (рис.). При їх розгляді звертає на себе увагу той факт, що в пацієнтів із клінічними симптомами ОА (котрі, безперечно, становлять переважну більшість цих хворих) постійний прийом препаратів повільної дії – хондропротекторів

глюкозаміну та/або хондроїтину сульфату – слід рекомендувати вже на першому етапі базисного лікування з метою довгострокового контролю симптоматики ОА.

Серед хондропротекторів, наявних нині на фармацевтичному ринку України, особливу увагу привертає препарат Терафлекс®, оскільки він містить комбінацію глюкозаміну та хондроїтину, котрі є структурними аналогами компонентів хряща. Глюкозамін являє собою аміноцукор, який є важливим прекурсором у біосинтезі глікозильованих білків, передусім глікозаміногліканів. Глюкозамін чинить селективний вплив на суглобовий

хрящ, стимулюючи синтез гіалуронової кислоти синовіоцитами та протеогліканів хондроцитами. Крім того, він здатний пригнічувати утворення пероксидних радикалів і лізосомальних ферментів, що зумовлюють ушкодження хрящової тканини (колагенази та фосфоліпази). Міжнародне товариство з вивчення ОА (OARSI) рекомендує застосовувати глюкозамін, доступний на фармацевтичному ринку у формі гідрохлориду та сульфату, як симптоматичний і структурно-модифікуючий засіб у пацієнтів з ОА колінних суглобів (Zhang W. et al., 2008, 2010).

Хондроїтин – це один із головних структурних елементів хряща. Він знижує активність запального процесу на ранніх стадіях і таким чином сповільнює дегенерацію хрящової тканини. У Кокранівському огляді 43 рандомізованих контрольованих клінічних



**Рис. Алгоритм лікування ОА колінного суглоба**

Примітки: ЛФК – лікувальна фізкультура; SYSADOA – симптоматичні препарати повільної дії для лікування ОА; ІПП – інгібітори протонної помпи; ЦОГ – циклооксигеназа; АСК – ацетилсаліцилова кислота.

\*Включаючи застосування АСК у низькій дозі.

\*\*При швидкості клубочкової фільтрації <30 мл/хв; з обережністю в інших випадках.

досліджень (Singh J.A. et al., 2015) за участю 4962 пацієнтів, які приймали хондроїтин, і 4148 пацієнтів, які отримували плацебо, вивчали знеболювальну ефективність цього хондропротектора при ОА колінних, кульшових і плечових суглобів. Було продемонстровано, що лікування хондроїтином сприяло статистично достовірному та клінічно значущому зменшенню показника бальної оцінки інтенсивності болю. Крім того, в групі хондроїтину було досягнуто статистично достовірне сповільнення темпів звуження суглобової щілини, порівняно з групою плацебо, що свідчить про певну здатність цього хондропротектора сповільнювати прогресування ОА.

Доцільність комбінації двох вищезазначених хондропротекторів у складі препарату Терафлекс® пояснюється можливістю потенціювання позитивного ефекту кожного з них, що пов'язано з особливостями фармакологічної дії глюкозаміну та хондроїтину. Як відомо, хондроїтину сульфат і глюкозамін чинять неідентичну дію на біль і запалення в тканинах суглоба, зокрема в гіаліновому хрящі, субхондральній кістці та синовіальній оболонці. Вони є синергістами та посилюють дію один одного (Бадокін В.В., 2013). В експериментальному дослідженні на культурі хондроцитів було показано, що глюкозамін пригнічував продукцію окислу вуглецю та простагландину E2. Комбінація глюкозаміну та хондроїтину сульфату зменшувала активність медіаторів деградації хряща (Orth M.W. et al., 2002). Симптом- і структурно-модифікуюча дія комбінації глюкозаміну та хондроїтину в пацієнтів з ОА колінних суглобів була встановлена в ході метааналізу F. Richy та співавт. (2003), в якому вивчали динаміку сумарного індексу WOMAC для оцінювання проявів ОА, а також динаміку розміру суглобової щілини й функціональний стан суглобів.

Отже, саме завдяки комбінованій дії глюкозаміну та хондроїтину, котрі потенціюють дію один одного, Терафлекс® можна розглядати і як симптоматичний препарат повільної дії, і як структурно-модифікуючий препарат, здатний сповільнювати дегенерацію суглобового хряща та сприяти його регенерації. Тривалий прийом препарату Терафлекс® зменшує вираженість больового синдрому, покращує функцію суглобів і знижує потребу в призначенні НПЗП хворим на ОА колінних і кульшових суглобів.

#### Хондропротектори в комбінації з НПЗП

Як добре відомо клініцистам, під час загострень і внаслідок природного прогресування ОА больовий синдром закономірно посилюється, й для його усунення стає недостатньо застосування самих лише немедикаментозних заходів, прийому хондропротекторів і парацетамолу за потребою. У цій клінічній ситуації на арену виходять відомі своєю потужною протизапальною та знеболювальною дією лікарські засоби класу НПЗП. При ОА ці препарати можуть призначатись як в інтермітувальному режимі, так і більш тривалими курсами.

Для лікування таких пацієнтів компанія Bayer має комбінований препарат Терафлекс Адванс®. Окрім хондроїтину сульфату (200 мг) і глюкозаміну сульфату (250 мг) до його складу входить відомий НПЗП ібупрофен (100 мг) в 1 капсулі. Механізм дії ібупрофену пов'язаний

із неселективною блокадою ЦОГ-1 і ЦОГ-2, що сприяє зменшенню синтезу простагландинів. Прийом ібупрофену асоціюється зі зменшенням больового синдрому, вранішньої скутості та збільшенням обсягу рухів у суглобах. Що стосується профілю безпеки ібупрофену, то саме він став одним із найперших НПЗП, який дістав безрецептурний статус (у дозах до 1200 мг на добу) й сьогодні має заслужену репутацію одного з найбезпечніших препаратів цієї групи з мінімальною кількістю побічних ефектів.

Рациональність комбінації хондроїтину та глюкозаміну з ібупрофеном обґрунтована тим, що хондропротектори потенціюють анальгетичну активність останнього. Застосування цієї трикомпонентної комбінації дає змогу швидко усунути біль на початкових етапах лікування та знизити добову дозу НПЗП без зменшення клінічної ефективності терапії. Це особливо актуально для пацієнтів похилого та старечого віку, в яких, окрім ОА, зазвичай діагностують ще декілька супутніх захворювань (Зонова Е.В., 2014). Варто також зазначити, що поєднання в одній капсулі одразу трьох активних засобів, які застосовуються в терапії ОА, істотно покращує прихильність пацієнтів до призначеного режиму лікування (комплаєнс).

#### «Тільки той досягає мети, хто іде»

Ці слова відомого українського поета Олександра Олеся дуже влучно характеризують найважливішу

передумову досягнення успішного результату консервативного лікування пацієнтів з ОА хондропротекторами — їх довгостроковий і регулярний прийом. Слід підкреслити: хоча вказана в інструкціях із медичного застосування мінімальна тривалість курсу лікування хондропротекторами становить 1-3 міс, у численних рандомізованих контрольованих клінічних дослідженнях, включених до вищезгаданого Кокранівського огляду (2015), максимальна тривалість безперервного застосування хондропротекторів становила 3 роки. При цьому не спостерігалось збільшення кількості небажаних реакцій, а профіль безпеки терапії виявився аналогічним такому при застосуванні плацебо.

Отже, максимальне розкриття всього потенціалу комплексного консервативного лікування ОА можливо за умови глибоких знань лікаря про патофізіологічні механізми розвитку цього захворювання, наявні сьогодні лікарські засоби та сучасні підходи до їх застосування з урахуванням індивідуальних особливостей кожного пацієнта. Серед широкого арсеналу препаратів, які використовують нині в лікуванні хворих на ОА, гідне місце посідають хондропротекторні препарати Терафлекс® і Терафлекс Адванс®, що дають можливість кожному лікарю проводити етапну довгострокову амбулаторну терапію з упевненістю у високому профілі її безпеки.

Підготувала **Олена Зотова**



# ТЕРАФЛЕКС®

## ПОСЛІДОВНЕ ЛІКУВАННЯ ОСТЕОАРТРОЗУ



**2-й КРОК  
БАЗИСНА ТЕРАПІЯ  
І ПРОФІЛАКТИКА  
ЗАГОСТРЕНЬ  
(2-6 місяців та більше)**

- Терафлекс®  
по 3 капсули  
на добу

**ПОСИЛЕНА  
ЗНЕБОЛЮЮЧА  
ДІЯ\***



**1-й КРОК  
ВПРОДОВЖ  
ПЕРІОДУ ЗАГОСТРЕННЯ**

- Терафлекс Адванс®  
по 2 капсули 3 рази  
на добу після прийому їжі



#### НА ЗАМІТКУ ЛІКАРЮ

##### Кому, коли та як саме призначати Терафлекс®?

- ✓ Терафлекс® (глюкозаміну гідрохлорид 500 мг + хондроїтину сульфат 400 мг) показаний для застосування пацієнтам із первинним і вторинним ОА як базисна терапія першої лінії.
- ✓ Терафлекс® призначається по 1 капсулі 3 рази на добу.
- ✓ Мінімальна тривалість лікування становить 2 міс.
- ✓ Рекомендована тривалість лікування — від 3 до 6 міс. За необхідності курс можна повторити з інтервалом у 3 міс.
- ✓ Варто пам'ятати, що ефективність препарату Терафлекс® збільшується при його тривалому прийомі.

##### Кому, коли та як саме призначати Терафлекс Адванс®?

- ✓ Пацієнтам з ОА та гострим больовим синдромом Терафлекс Адванс® можна призначати як стартовий препарат.
- ✓ У міру усунення больового синдрому пацієнта доцільно перевести на базисну терапію препаратом Терафлекс®.
- ✓ Рекомендована доза препарату Терафлекс Адванс® становить 2 капсули 3 рази на добу.
- ✓ Терафлекс Адванс® слід приймати після прийому їжі, запиваючи склянкою води.
- ✓ Варто пам'ятати, що загальна тривалість безперервного прийому препарату Терафлекс Адванс® не має перевищувати 20 днів.

**theraflex.com.ua**

\*До складу Терафлекс Адванс на відміну від Терафлекс, окрім глюкозаміну та хондроїтину, входить ібупрофен.  
Реклама лікарського засобу для розміщення в спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів.  
РП Терафлекс® №UA/7749/01/01 від 17.01.2018. Терафлекс Адванс® №UA/4142/01/01 від 04.12.2015. ТОВ «Байер», вул. Верхній Вал, 4-Б, тел. 044 220 33 00  
L.UA.MKT.CH.10.2018.0317.