

Конгрес EULAR 2020: у центрі уваги — можливості вдосконалення фармакотерапії остеоартриту



Європейська протиревматична ліга (EULAR) – всесвітньо відома й авторитетна організація, що об'єднує наукові медичні товариства, медичні асоціації та громадські організації для пацієнтів із ревматичними та м'язово-скелетними захворюваннями. Починаючи зі свого заснування в 1947 р. EULAR щороку проводить масштабні наукові конгреси, під час яких учені та лікарі з різних країн обговорюють нагальні проблеми ревматології, а також представляють результати власних фундаментальних і клінічних досліджень. Цьогоріч конгрес EULAR мав відбутися в м. Франкфурт (Німеччина), проте пандемія коронавірусної хвороби (COVID-19), на жаль, внесла свої корективи в плани організаторів, тому через ці надзвичайні обставини задля збереження здоров'я всіх учасників 3 червня роботу цього масштабного форуму було розпочато у віртуальному режимі. Проте це аж ніяк не позначилося на обсязі наукової програми конгресу: як і завжди, вона охопила майже вичерпний перелік багатогранних наукових і клінічних проблем, пов'язаних із ревматичними захворюваннями та патологією кістково-м'язової системи. Уже традиційно однією з важливих тем форуму стало найпоширеніше в популяції захворювання суглобів – остеоартрит (ОА), котрому була присвячена окрема наукова сесія.

Як відомо, основним симптомом ОА є біль у суглобах, який зазвичай має хронічний характер. Тому на сьогоднішній ключовим моментом у лікуванні пацієнтів з ОА, безумовно, є комбіноване застосування нефармакологічного та фармакологічного лікування, що має на меті насамперед зменшити інтенсивність больового синдрому та покращити функціональний стан суглобів, а також за можливості обмежити подальше прогресування захворювання. Проте, на жаль, застосування знеболювальних препаратів (парацетамол) і нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) саме по собі далеко не завжди допомагає усунути біль, а тривалий прийом зазначених лікарських засобів асоційований із цілою низкою небажаних явищ, зокрема з боку шлунково-кишкового тракту, печінки, нирок і серцево-судинної системи.



Про високу актуальність у реальній клінічній практиці проблеми неадекватного знеболення при ОА великих суглобів свідчать перші результати міжнародного багатоцентрового перекресного обсерваційного клінічного дослідження, представлені в рамках цього річного конгресу EULAR X. Zeng і співавт. Це дослідження мало на меті оцінити реальну поширеність неадекватного знеболення в пацієнтів з ОА колінних та/або кульшових суглобів, яким лікарі призначають знеболювальну терапію пероральними та/або топічними препаратами, а також охарактеризувати в цій категорії хворих показники якості життя, пов'язаної зі здоров'ям. Знеболення розцінювалось як неадекватне в тому разі, якщо на тлі призначеного лікування середня оцінка інтенсивності болю в суглобах становила >4/10 балів за даними Короткого опитувальника для оцінки болю (Brief Pain Inventory). Загалом дослідження проводилося на базі лікувальних центрів 5 країн, при цьому першими на конгресі отримані власні дані (n=571) представили саме дослідники з Китайської Народної Республіки. У більшості оцінених ними пацієнтів було діагностовано ОА колінних суглобів (90%). Як продемонстрував аналіз отриманих результатів, неадекватне знеболення спостерігалось в 43% включених до дослідження пацієнтів. У цій підгрупі хворих було відзначено вищу частку осіб похилого віку, більшу поширеність ожиріння, вищу частоту супутніх захворювань і більшу тривалість захворювання. НПЗП отримували більшість (98%) пацієнтів, а ось хондропротектори – лише 23%. При неадекватному знеболенні хворі закономірно частіше висловлювали незадоволення результатами лікування (30 порівняно з 21%). Крім того, пацієнти, в яких було констатовано неадекватне знеболення, мали гірші показники пов'язаної зі здоров'ям якості життя, вираженіші функціональні обмеження та знижену працездатність порівняно з хворими, в яких було досягнуто адекватне знеболення. Отже, перші отримані результати цього багатоцентрового дослідження свідчать про високу частоту неадекватного знеболення в пацієнтів з ОА колінних та/або кульшових суглобів у реальній клінічній практиці. Потенційний негативний вплив неадекватного знеболення на якість життя, працездатність і функціональний стан пацієнтів з ОА має обов'язково враховуватися лікарями при проведенні комплексного лікування.



З іншого боку, не можуть не викликати занепокоєння лікарів і потенційно небезпечні наслідки тривалого (а подекуди безконтрольного) застосування пацієнтами з ОА НПЗП. Аналізу різноманітних негативних наслідків, які виникають у пацієнтів з ОА на тлі терапії рецептурними НПЗП, була присвячена представлена в рамках конгресу постерна доповідь групи вчених зі Сполучених Штатів Америки на чолі з S. Silverman. Під час виконаного ними дослідження були проаналізовані дані 22 435 застрахованих пацієнтів (60,8% – жінки, середній вік – 62 роки) зі встановленим діагнозом ОА кульшових та/або колінних суглобів, які отримували призначені лікарями НПЗП протягом ≥ 90 днів упродовж трирічного періоду з моменту виписки першого рецепта (після підтвердження діагнозу ОА). Дослідниками оцінювалася частота гастроінтестинальних ускладнень, серцево-судинних подій і проявів ниркової токсичності: вихідну частоту їх реєстрації за 6 міс до початку лікування НПЗП порівнювали з показниками в період подальшого спостереження. Загалом протягом трирічного періоду спостереження НПЗП застосовувалися в середньому 489 днів. У період із вихідного стану до завершення подальшого спостереження частота негативних клінічних наслідків, асоційованих із проблемами з боку шлунково-кишкового тракту, збільшилася на 393% (1,5 порівняно з 7,5%) – це було переважно зумовлено зростанням на 667% (0,3 порівняно з 2,3%) частоти гострих шлунково-кишкових кровотеч. Окрім того, частота негативних клінічних наслідків, асоційованих із серцево-судинними подіями, збільшилася на 73% (40,7 порівняно з 70,6%) переважно через істотне (на 600%) збільшення частоти розвитку гострого інфаркту міокарда (0,3 порівняно з 2,1%). Зрештою, тягар негативних клінічних наслідків, асоційованих із нирковою токсичністю НПЗП, збільшився на 433% (1,5 порівняно з 8%), при цьому найбільш значущим виявилось збільшення на 740% (0,5 порівняно з 4,2%) частоти розвитку гострої ниркової недостатності. Отже, отримані результати свідчать про те, що призначення НПЗП пацієнтам з ОА безумовно асоційоване зі значущим збільшенням частоти негативних клінічних наслідків, тому на пильну увагу та ретельну оцінку заслуговують нові варіанти лікування ОА засобами, відмінними від НПЗП. Зокрема, саме такими препаратами є т. зв. симптоматичні лікарські засоби проти ОА повільної дії (SYSADOA). До них належать такі широко застосовувані нині хондропротектори, як глюкозамін і хондроїтин. За умови тривалого застосування ці препарати мають знеболювальний і протизапальний ефекти, покращують функціональний стан суглобів, а також можуть уповільнювати прогресування ОА. До того ж перевагою SYSADOA є можливість зниження дози чи навіть відміни НПЗП на тлі їх прийому, що закономірно зумовлює зменшення частоти небажаних явищ, пов'язаних із застосуванням останніх.

Цьогоріч на конгресі EULAR були представлені проміжні результати відкритого багатоцентрового обсерваційного проспективного дослідження K. Telyshev і співавт. з оцінки ефективності та безпеки перорального прийому



комбінованого препарату на основі глюкозаміну гідрохлориду та хондроїтину сульфату Терафлекс®. До цього дослідження були включені пацієнти з ОА колінних суглобів або з ОА кульшових суглобів (1-3 ступенів за оціночною шкалою Келлгрена-Лоуренса), котрі отримували Терафлекс® у капсулах (кожна з яких містить 500 мг глюкозаміну гідрохлориду та 400 мг хондроїтину сульфату) за такою схемою: 3 р/добу протягом перших 3 тиж лікування, надалі – 2 р/добу. Проміжний аналіз отриманих результатів був виконаний після того, як перші 550 набраних учасників дослідження (50% від загальної вибірки) здійснили перший візит до лікарів-дослідників у період подальшого спостереження (через 16-24 тиж після початку лікування). Досліджувана група включала 406 (73,8%) пацієнтів з ОА колінних суглобів і 144 (26,2%) хворих з ОА кульшових суглобів, набраних у 43 лікувально-діагностичних центрах Російської Федерації. Середній вік пацієнтів становив 61,1 року; більшість із них становили жінки (88,7%). Домінуючими факторами ризику для ОА були негенетичні причини (надмірна маса тіла, гормональні порушення, вади кісток і суглобів, перенесені оперативні втручання на суглобах) (52,8% пацієнтів), екзогенні фактори ризику (професійна діяльність, травми, заняття спортом тощо), спадкові хвороби кісток і суглобів (15,5 та 4,1% пацієнтів відповідно).

Результати проміжного аналізу продемонстрували клінічно значуще покращення показників оцінки за Шкалою оцінки наслідків пошкоджень та ОА колінного суглоба (KOOS) і за Шкалою оцінки наслідків пошкоджень та ОА кульшового суглоба (HOOS) уже через 4-6 міс після початку лікування. У пацієнтів з ОА колінних суглобів середнє збільшення показника бальної оцінки становило 15,7 пункту за субшкалою оцінки болю, 14,6 пункту – за субшкалою оцінки якості життя, 13,8 пункту – за субшкалою оцінки функціонального статусу (KOOS-PS) і 11,7 пункту – за субшкалою оцінки симптомів. Виражена у відсотках кількість пацієнтів, які оцінили частоту болю як таку, що спостерігається завжди чи щодня, на тлі терапії зменшилася з 60 до 25%.

У пацієнтів з ОА кульшових суглобів середній показник збільшення бальної оцінки становив 16 пунктів за субшкалою болю, 14,3 пункту – за субшкалою оцінки якості життя, 16,1 пункту – за субшкалою оцінки функціонального статусу (HOOS-PS) і 10,3 пункту – за субшкалою оцінки симптомів. Виражена у відсотках кількість пацієнтів, які оцінили частоту болю в суглобах як таку, що не виникає ніколи чи виникає щомісяця, збільшилася з 34 до 60%.

На момент виконання проміжного аналізу результатів дослідження більшість пацієнтів (89,1%) отримували лікарський засіб Терафлекс® протягом ≥ 3 міс. Про пов'язані з лікуванням небажані явища повідомлялося в 16 (3%) пацієнтів; вони переважно були представлені розладами з боку шлунково-кишкового тракту, котрі спостерігалися в 12 (2,2%) пацієнтів.

Отже, результати, отримані вже через 4-6 міс після початку першого курсу лікування комбінованим препаратом Терафлекс® у капсулах, демонструють клінічно значуще зменшення частоти виникнення й інтенсивності болю в суглобах та інших симптомів, а також покращення повсякденного функціонування та якості життя в пацієнтів з ОА колінних або кульшових суглобів. Більшість пацієнтів (72,5%) висловили своє задоволення призначеним лікуванням. Частота виникнення пов'язаних із прийомом лікарських засобів небажаних явищ була оцінена як низька, а їх характер узгоджувався з уже добре відомим профілем безпеки комбінації глюкозаміну гідрохлориду та хондроїтину сульфату.

Результати всіх досліджень, представлених цього року в рамках віртуального конгресу EULAR, побачили світ на онлайн-сторінках окремого випуску авторитетного спеціалізованого видання Annals of the Rheumatic Diseases. Наступний конгрес EULAR організатори планують провести у 2021 р. у столиці Франції – Парижі.

Підготувала Інга Боброва

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



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.

РГ Терафлекс® №UA/7749/01/01 від 17.01.2018. Терафлекс Адванс® №UA/4142/01/01 від 04.12.2015. ТОВ «Байєр», вул. Верхній Вал, 4-Б, тел. 044 220 33 00
L.UA.MKT.CH.10.2018.0317.