!ZU_2012_18.qxd 15.10.2012 12:16 Page 6

Актуальные вопросы безопасности терапии хронической боли в спине

Хроническая боль в спине является одной из наиболее распространенных жалоб в клинической практике, что позволяет выделять ее в качестве отдельного синдрома, требующего медицинской помощи. Необходимость продолжительного лечения таких больных с применением нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и кортикостероидов (КС), применение которых сопряжено с рядом хорошо изученных рисков, обусловливает актуальность обсуждения вопросов безопасности и оптимизации схем терапии.

Хроническая боль в спине может быть вызвана рядом патологий, различных по патогенезу и клиническим проявлениям. На сегодняшний день 30-60% населения развитых стран страдает периодически повторяющимися болями в спине, при этом до 80% от всех болевых синдромов, локализованных в спине, приходится на нижнюю ее часть (поясничную область). Боль в нижней части спины (БНС) с учетом ее высокой распространенности и большой социальной значимости сегодня рассматривается как отдельный синдром, требующий обязательного лечения.

БНС определяется как боль различного происхождения, которая локализуется между XII парой ребер и ягодичными складками. В настоящее время БНС является второй по частоте после острых респираторных заболеваний причиной обращения к врачу среди лиц молодого возраста и первой – среди лиц старше 50 лет (Ш.Ф. Эрдес, Е.А. Галушко, 2009). По мнению зарубежных авторов, наряду с остеопорозом, остеоартрозом, ревматоидным артритом и травмами опорно-двигательного аппарата БНС входит в перечень наиболее значимых медико-социальных заболеваний, требующих значительных затрат на лечение. БНС может возникать в любом возрасте, однако пик заболеваемости приходится на возраст от 30 до 60 лет.

Хронические боли в спине сопровождаются развитием болевого поведения и выраженными эмоциональными нарушениями, основными из которых являются тревога, повышенная фиксация на соматических переживаниях, страх, раздражительность и депрессия. Около 80% пациентов, у которых наблюдаются обострения хронической боли в спине, нуждаются в длительном лечении.

Заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани, в том числе вызывающие хронический болевой синдром в спине, являются наиболее частыми показаниями к назначению НПВП. В настоящее время проблема выбора конкретного средства из этой группы и рационального его использования крайне актуальна. Риск развития серьезных осложнений, обусловленных приемом НПВП (в частности, эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), нарушений функции печени, почек, сердечно-сосудистой системы), диктует необходимость взвешенного и осторожного подхода к их использованию.

Так, длительный прием НПВП может вызвать бессимптомную энтеропатию с последующим развитием гипоальбуминемии и железодефицитной анемии. Не менее опасными могут быть осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы: повышение артериального давления, инфаркт миокарда, инсульт. Все эти особенности свидетельствуют о необходимости учитывать при выборе препарата не только его положительное воздействие, но и безопасность, особенно при длительном применении. У лиц пожилого возраста необходимо принимать во внимание совместимость НПВП с другими препаратами, назначаемыми для лечения сопутствующих заболеваний (сахарного диабета, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и др.), а также учитывать функциональное состояние внутренних органов.

Основной механизм действия НПВП связан с подавлением активности циклооксигеназы (ЦОГ) – фермента, регулирующего биотрансформацию арахидоновой кислоты. С момента открытия двух изоформ данного фермента (ЦОГ-1 и ЦОГ-2) в 1970-х гг. ученые не прекращают работу по созданию новых препаратов этой группы. Сегодня известно, что ЦОГ-1 является конституциональным ферментом, который в норме присутствует в организме и регулирует работу почек (простагландин Е2), агрегацию тромбоцитов (простациклин, тромбоксан А2), а также защитные свойства слизистой оболочки ЖКТ (простагландины группы Е, F). В то же время при развитии воспалительного процесса резко повышается активность ЦОГ-2, отвечающей за образование медиаторов боли и воспаления. Установлено, что основной причиной отрицательного воздействия НПВП на слизистую оболочку ЖКТ является блокада ЦОГ-1 (Е.Л. Насонов, А.Е. Каратеев, 2000). Ингибирование индуцибельной изоформы ЦОГ является залогом успешного купирования боли и воспалительного процесса (R.N. Dubois et al., 1998).

Специфические (высокоселективные) ингибиторы ЦОГ-2 (коксибы) обладают улучшенным профилем гастроинтестинальной безопасности, что подтверждают результаты многочисленных исследований (A. Lanas, L. Garsif-Rodriguez, M. Arroyo et al., 2006). Последним представителем этой группы препаратов является эторикоксиб (Аркоксия), который в терапевтических концентрациях блокирует образование простагландинов и обладает противовоспалительным, аналгезирующим и жаропонижающим действиями.

На сегодня накоплена обширная доказательная база эффективности и хорошей переносимости эторикоксиба при хронической боли в спине (C. Zerbini et al., 2005). Относительно низкая частота развития диспепсии была показана в метаанализе 9 рандомизированных клинических исследований, в которых эторикоксиб назначали пациентам с ревматоидным артритом, остеоартрозом и БНС. При применении этого препарата частота отмены терапии из-за развития диспепсии составила 1,5 на 100 пациенто-лет, что в 2 раза меньше, чем при использовании неселективных НПВП. Кроме того, согласно данным метаанализа 10 международных клинических исследований с участием более 5 тыс. пациентов, опасные осложнения со стороны ЖКТ (перфорация и кровотечение из верхних его отделов, симптоматические гастродуоденальные язвы) при приеме эторикоксиба развиваются в 2 раза реже, чем при применении неселективных НПВП (D.R. Ramey et al., 2005).

В то же время все ингибиторы ЦОГ-2 должны исследоваться на предмет кардиоваскулярной безопасности, поскольку существуют данные о наличии высокого риска сердечно-сосудистых осложнений при приеме одного из препаратов этого класса (исследование APPROVE). Повышение степени селективности для ЦОГ-2 ассоциируется с нарастанием кардиоваскулярного риска, а повышение степени селективности для ЦОГ-1 – с риском развития гастроинтестинальных осложнений. Тем не менее при сравнении эторикоксиба с диклофенаком в исследовании EDGE получены доказательства одинакового влияния двух препаратов на риск сердечно-сосудистых осложнений.

Согласно современным представлениям при применении эторикоксиба у пациентов с артериальной гипертензией требуется особая осторожность. Однако существенного повышения риска развития кардиоваскулярных катастроф, а также связанной с ними летальности ни в одном из исследований не отмечено. У лиц с ранее диагностированными сердечно-сосудистыми заболеваниями эторикоксиб можно применять строго в рекомендуемых дозах непродолжительными курсами, необходимыми для контроля болевого синдрома.

Немаловажными преимуществами эторикоксиба является быстрота и продолжительность воздействия на болевой синдром. Так, обезболивающий эффект Аркоксии после приема наступает быстрее, чем у других НПВП, и сохраняется в течение суток (K. Malmstrom et al., 2004). Быстрое начало действия объясняется фармакокинетическими особенностями эторикоксиба: 100% биодоступностью, способностью достигать максимальной концентрации действующего вещества в плазме крови уже через 1 ч после применения. Немаловажно, что эторикоксиб обладает способностью эффективно проникать через гематоэнцефалический барьер и оказывать непосредственное влияние на ЦНС, в частности на центральные механизмы возникновения боли. Благодаря высокой биодоступности препарат можно принимать независимо от приема пищи. Эффективность приема эторикоксиба в минимальной дозе 60 мг сопоставима с таковой диклофенака в максимальной суточной дозе 150 мг, причем при использовании последнего значительно чаще отмечают осложнения со стороны ЖКТ. Период полувыведения эторикоксиба составляет 22 ч, поэтому в течение 1 сут после его однократного приема сохраняется стабильный обезболивающий и противовоспалительный эффект. Это обеспечивает удобство применения и увеличивает приверженность пациентов к лечению.

Таким образом, при назначении НПВП необходимо учитывать наличие у больных сопутствующей патологии и противопоказаний к применению. Во многих случаях лучшим выбором будет назначение селективных ингибиторов ЦОГ-2, обладающих убедительной доказательной базой, подтверждающей их хорошую переносимость. При необходимости назначения КС рекомендуется отдавать предпочтение оригинальным препаратам, эффективность и безопасность которых подтверждены в крупных клинических исследованиях.

Подготовила ***Катерина Котенко***

MUSC-1056250-0000

Данный материал предоставлен компанией MSD в качестве профессиональной поддержки для специалистов в области медицины. Информация, относящаяся к любому продукту (продуктам), может быть не согласована с информацией по медицинскому применению данного продукта. Просим ознакомиться с полной информацией по медицинскому применению продукта для получения официально утвержденной информации по любым продуктам, обсуждаемым в данной публикации, до их назначения пациентам.

НОВИНИ МОЗ

На Дніпропетровщині практикують використання автоматизованих аналізаторів для перевірки донорської крові

На Дніпропетровській обласній станції переливання крові встановлено два автоматизованих аналізатори лабораторного дослідження донорської крові, завдяки яким можна проводити аналізи удвічі швидше.

Зокрема, за 3 год роботи обладнання можливе проведення комплексного дослідження крові 50 донорів. Раніше на станції використовувалися напівавтоматичні апарати, час проведення аналізу за допомогою яких становив 6 год.

Під час роботи аналізаторів забезпечується постійний доступ до зразків, реактивів і витратних матеріалів. Це дає можливість у разі термінової необхідності призупиняти роботу апарата та долучати до дослідження нові зразки донорської крові. Це також прискорює проведення аналізів.

Завдяки автоматичності виконання імунологічних досліджень мінімізується вплив людського фактора на результат аналізу. До лікувальних закладів потрапляють лише ті зразки крові, що відповідають усім вимогам до їх якості.

«Прискорення та підвищення якості роботи лабораторії важливе для своєчасного надання допомоги хворим, які негайно потребують переливання крові», – зауважила головний лікар Дніпропетровської обласної станції переливання крові Антоніна Сердюк.

У м. Києві запроваджено пілотний проект із реорганізації акушерсько-гінекологічної служби

У результаті запровадження пілотного проекту з реорганізації акушерсько-гінекологічної служби м. Києва, що стартував на базі Солом'янського району в січні 2012 р., за 6 міс поточного року вдвічі знизився показник перинатальної смертності, майже на 10% збільшилася кількість нормальних пологів.

Суть програми полягає в кардинальній зміні підходу до нагляду за вагітними. Завдяки підпорядкуванню жіночих консультацій Солом'янського району Київському міському пологовому будинку № 5 забезпечується нерозривний зв'язок між жіночою консультацією та родопомічним стаціонаром. Це гарантує постійне спостереження за вагітними, роділлями та породіллями від початку вагітності до пологів, а також своєчасну висококваліфіковану медичну допомогу жінкам.

Наразі вагітними району опікуються одні з найбільш досвідчених акушерів-гінекологів, а персонал жіночих консультацій проходить підвищення кваліфікації на базі Київського міського пологового будинку № 5.

Єдина тактика ведення пацієнток та своєчасна їх госпіталізація забезпечили зменшення ускладнень під час вагітності та пологів. Перинатальні втрати та малюкова смертність суттєво знизилися. Натомість значно підвищився рівень своєчасного діагностування захворювань у жінок, у тому числі онкологічних. Так, за 6 міс 2012 р. у жіночих консультаціях району лікарі-гінекологи виявили 6 випадків раку шийки матки та 9 випадків раку яєчників, для порівняння – у 2001 р. не було зафіксовано жодного випадку цих хвороб. Також у 5 разів збільшилася кількість діагностування випадків захворювань на рак тіла матки.

Прес-служба МОЗ України