ZU_12_ ardio_1_NEW.qxd 11.04.2012 15:29 Page 91

Терафлекс Адванс в лечении остеоартроза коленных суставов: взгляд ведущего специалиста

Остеоартроз (ОА) – хроническое прогрессирующее дегенеративное заболевание суставов, характеризующееся деградацией суставного хряща с последующими изменениями в субхондральной кости и развитием краевых остеофитов, приводящее к потере хряща и сопутствующему поражению других компонентов сустава (синовиальной оболочки, связок). ОА – наиболее распространенная форма суставной патологии. В западных странах рентгенологические признаки ОА встречаются у большинства лиц старше 65 лет и приблизительно у 80% людей старше 75 лет. Приблизительно 11% лиц старше 60 лет имеют симптоматический (с клиническими проявлениями) ОА коленных суставов. Среди жителей США старше 30 лет симптоматический ОА коленных суставов встречается приблизительно у 6%, а симптоматический ОА тазобедренного сустава – у 3% населения.

Хотя ОА и не относится к жизнеугрожающим состояниям, он является одной из основных причин преждевременной потери трудоспособности и инвалидности, а также хронического болевого синдрома, значительно снижающего качество жизни лиц пожилого и старческого возраста.

О лекарственных средствах, которые в настоящее время являются приоритетными в лечении ОА, в интервью «Медичній газеті «Здоров'я України» рассказал **президент Украинской ассоциации остеопороза, Украинской ассоциации менопаузы, андропаузы и заболеваний костно-суставной системы, руководитель отдела клинической физиологии и патологии опорно-двигательного аппарата Института геронтологии НАМН Украины, директор Украинского научно-медицинского центра проблем остеопороза, доктор медицинских наук, профессор Владислав Владимирович Поворознюк.**

Лекарственные средства каких классов представляют собой основу базисной терапии ОА?

– Согласно современной классификации препаратов, используемых в лечении ОА, их подразделяют на две группы: симптоматические средства быстрого действия (нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), парацетамол, опиоидные аналгетики, кортикостероиды и др.), оказывающие влияние на клинические симптомы заболевания (боль, воспаление и др.) и модифицирующие средства замедленного действия (глюкозамин, диацереин, хондроитинсульфат, гиалуроновая кислота, неомыляемые соединения авокадо и сои), эффект которых проявляется более медленно по сравнению с симптоматическими средствами и сохраняется после окончания их применения. Глюкозамин и хондроитинсульфат не обладают прямым аналгезирующим эффектом.

В настоящее время проведено много исследований по изучению эффективности глюкозамина и хондроитинсульфата в лечении ОА коленных и тазобедренных суставов. Результаты исследований были обобщены в обзорах и метаанализах.

В экспериментальных исследованиях R.J. Tallarida и соавт. (2003) оценивалось антиноцицептивное синергическое и аддитивное взаимодействие комбинации глюкозамина сульфата и НПВП (ибупрофена, кетопрофена, диклофенака, индометацина, напроксена, пироксикама, ацетилсалициловой кислоты), парацетамола. Результаты исследования показали, что комбинация глюкозамина сульфата и ибупрофена обладает синергическим антиноцицептивным взаимодействием (синергизм зависит от соотношения данных препаратов), способствует снижению выраженности болевого синдрома при значительно меньшей дозе НПВП, что уменьшает риск побочных эффектов, частота которых существенно увеличивается у лиц старших возрастных групп.

Недавно завершилось украинское исследование, посвященное оценке эффективности фиксированной комбинации глюкозамина, хондроитинсульфата и ибупрофена (препарата Терафлекс Адванс) в лечении больных с ОА коленных суставов, руководителем которого вы являлись. Расскажите подробнее о методологии испытания и критериях отбора пациентов.

– Данное исследование было проведено в 11 клинических центрах различных регионов Украины (Днепропетровск, Дрогобыч, Запорожье, Киев, Кривой Рог, Львов, Николаев, Одесса, Тернополь, Харьков, Чернигов) и включало 238 пациентов в возрасте 37-79 лет. Большинство из них (80%) составляли женщины. В качестве критериев включения выступали ОА коленных суставов II-III степени по Kellgren-Lawrence и наличие выраженного ирритативно-болевого синдрома.

Отмечу, что жалобы на боль в коленных суставах (на момент включения в испытание уровень боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) превышал 40 мм) и ограничение повседневной активности предъявляли все пациенты.

Препарат Терафлекс Адванс назначали по следующей схеме: по 2 капсулы 3 раза в сутки курсом 20 дней, период наблюдения составил 30 дней. Данное лекарственное средство содержит 250 мг глюкозамина сульфата, 200 мг хондроитинсульфата и 100 мг ибупрофена, обладает выраженным противовоспалительным и обезболивающим действием с длительным симптоммодифицирующим влиянием.

Какие клинические и диагностические инструменты использовались для оценки эффективности терапии?

– Всем пациентам проводили полное клиническое обследование (общий и биохимический анализ крови, рентгенографию коленных суставов). Выраженность болевого синдрома фиксировали с помощью Мак-Гилловского опросника боли и ВАШ, включающей 4-балльную подшкалу – уровень боли на момент опроса, средний (типичный), минимальный и максимальный уровни боли. Результат определяли как общую сумму баллов, полученных по каждой подшкале. Эффективность лечения оценивали на основе показателей по шкале WOMAC, также содержащей 3 подшкалы (болевая, утренней скованности, повседневной активности), и альгофункционального индекса Лекена. Качество жизни пациентов оценивали по шкале EuroQol-5D.

Подтвердилась ли ожидаемая эффективность препарата Терафлекс Адванс в отношении купирования болевого синдрома?

– Хочу подчеркнуть, что достоверное снижение показателя по Мак-Гилловскому опроснику боли в группе пациентов, получавших данное лекарственное средство, наблюдалось уже в первой точке исследования, эффект сохранялся через 20, 30, 40 и 50 дней наблюдения. Подобная динамика выраженности болевого синдрома наблюдалась и при его оценке с помощью ВАШ: уже в первой точке оценки результата лечения отмечено достоверное снижение показателей среднего и максимального уровня боли, а также уровня боли на момент опроса.

Несмотря на завершение курса лечения, положительная динамика индекса WOMAC поддерживалась на 30, 40 и 50-й день наблюдения. При детальном анализе полученных результатов было установлено, что наиболее выраженная положительная динамика показателей отмечалась по шкале утренней скованности (достоверное снижение отмечено уже в первой точке исследования лечения), тогда как уменьшение интенсивности болевого синдрома и улучшение повседневной активности было признано значимым на момент окончания курса терапии. При осмотре на 30, 40 и 50-й день анализируемые показатели всех подшкал были достоверно ниже таковых на момент включения в испытание (данная корреляция наблюдалась во всех клинических центрах страны).

Анализ данных анкеты Ликерта также выявил достоверное улучшение состояния больных, начиная с первой точке исследования, снижение показателя отмечалось и после завершения курса приема Терафлекса Адванс.

Отразилось ли это на качестве жизни больных?

– Естественно, уменьшение интенсивности болевого синдрома, ассоциированного с ОА коленных суставов, утренней скованности, улучшение функциональной активности, наблюдавшиеся на фоне приема Терафлекса Адванс, положительно повлияли на качество жизни больных, о чем свидетельствовали данные анкеты Euro-Qol-5D уже в первой точке оценки результата лечения; тенденция к улучшению качества жизни сохранялась на протяжении всего периода наблюдения.

Какие выводы можно сделать на основании полученных данных?

– Результаты испытания продемонстрировали эффективность препарата Терафлекс Адванс в отношении купирования болевого синдрома и повышения повседневной активности у больных с ОА коленных суставов, что способствовало улучшению качества их жизни как во время лечения, так и на протяжении всего периода наблюдения.

Полученные нами результаты позволяют рекомендовать широкое использование препарата Терафлекс Адванс в клинической практике для лечения пациентов с ОА коленных суставов.

Подготовила ***Ольга Радучич***