

Рациональный выбор НПВП у пациентов с суставной патологией



Т.С. Силантьева

Ежедневно врачи разных специальностей сталкиваются в своей практике с пациентами, у которых диагностируются те или иные нарушения структурно-функционального состояния опорно-двигательного аппарата. О том, как своевременно распознать патологию и какой подход к лечению применять у больных этой категории, рассказала доцент кафедры терапии и ревматологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика (г. Киев), кандидат медицинских наук Татьяна Сергеевна Силантьева.

? Можно ли считать проблему заболеваний костно-мышечной системы, в частности поражений суставов, актуальной для населения нашей страны?

— В настоящее время этому вопросу уделяется пристальное внимание со стороны как отечественных, так и зарубежных специалистов. Подтверждением значимости указанной проблемы служит тот факт, что период с 2000 по 2010 год Всемирной организацией здравоохранения был объявлен Международной декадой патологии костно-мышечной системы. Это предусматривало реализацию комплекса мероприятий, направленных на улучшение качества жизни пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, а также на активизацию исследований по разработке эффективных профилактических, лечебных и диагностических мероприятий для данной категории больных.

Актуальность проблемы костно-мышечной патологии обусловлена в первую очередь ее широкой распространенностью. К примеру, в общемировой популяции среди наиболее частых поводов обращения за медицинской помощью — жалобы по поводу болевых ощущений в спине. Считается, что в США и странах Западной Европы частота синдрома боли в нижней части спины достигает 40-80%, у 11-84% трудоспособного американского населения алгии в спине регистрируются как минимум один раз в жизни (B.F. Walker, 2000). Необходимо подчеркнуть, что в структуре патологии опорно-двигательного аппарата важнейшую роль играют поражения суставов, которые, по данным эпидемиологических исследований последних лет, диагностируются у 20-25% населения зрелого шара. При этом не вызывает сомнения тот факт, что с возрастом отмечается значительный рост распространенности заболеваний суставов. Так, в настоящее время проявления остеоартроза обнаруживаются у 50% украинцев в возрасте старше 65 лет и у 80% лиц старше 75 лет. Наряду с высокой частотой существенный вклад в медико-социальную значимость проблемы патологии костно-мышечной системы вносит то, что эти заболевания крайне негативно влияют на качество жизни больных, а также приводят к временной нетрудоспособности и инвалидизации.

? На какие группы можно условно разделить все заболевания суставов? Каковы основные факторы риска их возникновения?

— Группа ревматических поражений опорно-двигательного аппарата характеризуется разнообразием нозологий, количество которых превышает двести. В целом все нозологии могут быть распределены между тремя большими категориями: воспалительными заболеваниями, к которым относятся ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит,

псориазический, реактивный артрит, инфекционные артриты; остеоартрозы (остеоартриты) и кристаллические артриты (подагра, хондрокальциноз, гидроксиапатитовая артропатия). Артриты могут быть самостоятельными заболеваниями либо выступать как одно из проявлений системного ревматического процесса.

Можно выделить также группу состояний различной этиологии, в которую входят травмы, обменные нарушения и артралгии. Следует учитывать, что в большинстве случаев в патогенезе поврежденных суставов принимает участие воспалительный процесс, поэтому независимо от причины возникновения суставного синдрома на ранней стадии развития заболевания чаще наблюдаются сходные признаки поражения суставов. Ведущими факторами риска указанных заболеваний являются генетическая предрасположенность, различные дисплазии костно-мышечной системы, механическая перегрузка и травмы суставов, гормональные и обменные нарушения, в ряде случаев — острые или хронические инфекции. Многие из этих заболеваний являются иммунной патологией, этиология которых неизвестна.

? Какие методы диагностики применяются в настоящее время для верификации поражений опорно-двигательного аппарата?

— Несмотря на разнообразие высокотехнологичных инструментальных и лабораторных методов диагностики, доступных сегодня врачу, по-прежнему не утратили своей значимости такие базовые приемы, как изучение жалоб пациента, сбор анамнеза и физикальное обследование больного, учитывающие пол, возраст пациента, длительность заболевания, динамику, последовательность развития симптомов и их влияние на функциональную активность суставов, выявление поражений других органов.

Чрезвычайно важно всем врачам дифференцировать артриты и артрозы. Безусловно, это требует от врача общетерапевтического профиля знания механизмов развития и клинических проявлений наиболее значимой патологии опорно-двигательного аппарата — ревматоидного артрита, спондилоартропатий, остеоартроза, подагры, инфекционных и реактивных артритов и др. В дальнейшем с целью верификации диагноза могут быть использованы общеклинический анализ крови, ее исследование на предмет выявления острофазовых (С-реактивный белок, фибриноген, белковый спектр крови), иммунологических (ревматоидный фактор, антитела к циклическому цитруллинированному пептиду) и других показателей (возбудители ряда инфекционных заболеваний), рентгенологическое обследование, ультразвуковые методы диагностики, магнитно-резонансная томография и др. Консультация специалиста

ревматолога чаще всего позволяет верифицировать диагноз. Однако диагноз суставного синдрома представляет собой иногда непростую задачу даже для высококвалифицированного врача. Поскольку большинство больных с впервые возникшими заболеваниями суставов обращаются прежде всего за помощью к семейному или участковому врачу, эти специалисты должны обладать навыками в обследовании таких больных.

? Расскажите об основных направлениях в лечении пациентов с заболеваниями суставов.

— Терапия поражений суставов зависит от нозологической формы, но при этом преследует несколько общих целей: уменьшение выраженности суставного синдрома, подавление воспалительного процесса и восстановление функциональной активности суставов, что непосредственно отражается на качестве жизни больного, а иногда и на прогнозе заболевания. Кроме того, создаются условия для сохранения и восстановления тканей сустава (в частности, суставного хряща), замедления прогрессирования суставных повреждений, необходимые для снижения риска инвалидизации. При ряде патологий, таких как ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилоартрит, псориазический артрит и др., в соответствии с современными клиническими протоколами лечения, основанными на данных доказательной медицины, применяются специальные методы терапии в зависимости от конкретной клинической ситуации (с использованием глюкокортикоидов, биологических агентов, цитостатиков, гипоурикемических, антибактериальных средств и др.). Используются также немедикаментозные и хирургические методы лечения.

Важно отметить, что значительная часть усилий врача направлена на купирование алгического синдрома, поскольку именно он является одним из ведущих клинических проявлений большинства заболеваний опорно-двигательного аппарата, оказывающим дезадаптирующее влияние на физическое и психоэмоциональное состояние больного. На сегодняшний день одно из важных мест в симптоматической противовоспалительной и обезболивающей терапии патологии суставов занимают селективные и неселективные нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Рекомендации по применению этих средств базируются на данных многочисленных исследований, согласно которым НПВП являются препаратами первой линии в европейских руководствах по лечению боли, подобная практика имеет место и в США.

? Каким образом можно избежать нежелательных системных реакций при использовании НПВП?

— Как известно, за всю историю медицины не было получено ни одного лекарственного

средства, применение которого не было бы связано с развитием каких-либо побочных эффектов. Поскольку при лечении большинства ревматических заболеваний суставов одними из наиболее востребованных средств остаются НПВП, важным вопросом их применения является обеспечение баланса между эффективностью и безопасностью. Многолетний опыт исследования терапевтической активности и безопасности НПВП указывает на то, что на фоне применения этих препаратов существует риск развития нежелательных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), сердечно-сосудистой системы (актуально в основном для селективных ингибиторов циклооксигеназы-2), печени, почек; аллергических реакций. Наиболее опасными являются желудочно-кишечные кровотечения, кардиоваскулярные осложнения, острая печеночная недостаточность. Поэтому в предупреждении перечисленных осложнений большое значение приобретают следующие моменты: выявление факторов риска посредством детально собранного анамнеза с уточнением того, имелись ли у пациента в прошлом заболевания ЖКТ, печени, сердечно-сосудистой системы, почек; применял он НПВП или нет и если применял, то как переносил такое лечение.

Рекомендуется назначать НПВП в минимальной эффективной дозе и на как можно более короткий период, не стремиться к достижению пиковых концентраций препарата. Особенно это касается пациентов с низкой массой тела, лиц пожилого возраста, принимающих диуретики. С осторожностью следует назначать НПВП пациентам в возрасте старше 65 лет, получающим сопутствующую терапию глюкокортикоидами в больших дозах и антикоагулянты, рекомендуется избегать одновременного приема нескольких НПВП.

Если больному был назначен длительный прием НПВП, целесообразно провести более углубленное обследование на предмет обнаружения изменений со стороны указанных систем и органов, например фиброзофагогастроуденоскопию, ЭКГ, мониторировать анализ крови, уровень печеночных ферментов. При выборе препарата следует ориентироваться на данные рандомизированных контролируемых исследований, рекомендации международных экспертных организаций и индивидуальную переносимость препарата больным.

Второй путь снижения риска возникновения побочных эффектов заключается в использовании современных форм выпуска НПВП под прикрытием лекарственных средств, уменьшающих негативное влияние НПВП на ЖКТ (ингибиторы протонной помпы). Если больной принимает одновременно с НПВП ацетилсалициловую кислоту в низких дозах

Продолжение на стр. 18.

Рациональный выбор НПВП у пациентов с суставной патологией

Продолжение. Начало на стр. 17.

или препараты, отрицательно влияющие на ЖКТ, следует назначать ингибиторы протонной помпы. Частота побочных явлений со стороны ЖКТ при использовании ингибиторов протонной помпы может снизиться до 75%. В то же время назначение любых НПВП, особенно на длительный срок, должно проводиться исключительно специалистом после тщательной оценки рисков и пользы для каждого пациента в индивидуальном порядке. К сожалению, сегодня до 80% больных не соблюдают рекомендаций врачей.

Какие НПВП наиболее часто используются в ревматологической и терапевтической практике в лечении пациентов с заболеваниями суставов?

— На сегодняшний день в клинической практике широко применяются как селективные, так и неселективные НПВП, однако частота назначений последних несколько выше. Прежде всего это обусловлено огромным многолетним опытом использования традиционных НПВП, раскрывшим множество аспектов эффективности и безопасности этих средств, а также более выраженной анальгетической и противовоспалительной активностью неизбирательных ингибиторов циклооксигеназы. Как правило, при острых состояниях лечение начинается с неселективных НПВП, а в дальнейшем, при необходимости длительного курса терапии, пациентам назначают селективные НПВП. В государственном реестре лечебных средств по состоянию на 24.03.2013 г.

зарегистрированы 302 наименования НПВП. При этом ведущие позиции занимают диклофенак, ибупрофен и мелоксикам.

Среди неселективных НПВП статус золотого стандарта терапии на протяжении многих лет сохраняется за диклофенаком благодаря эталонному соотношению его противовоспалительной, обезболивающей и антипиретической активности с умеренным риском развития нежелательных эффектов. Среди доступных на фармацевтическом рынке Украины лекарственных средств на основе диклофенака особого внимания заслуживает высококачественный уникальный препарат Наклофен Дуо компании KRKA. Его главной отличительной особенностью является то, что в каждой капсуле Наклофена Дуо содержится диклофенака 25 мг в форме гранул быстрого и 50 мг — пролонгированного действия. Благодаря этому удается избежать высоких доз препарата в кишечнике, чем достигается защита слизистой оболочки ЖКТ от нежелательного влияния НПВП, реализуются скорый анальгетический эффект и длительное противовоспалительное влияние.

Эти особенности позволяют быстро и на длительный срок купировать суставной синдром при уменьшении частоты приема диклофенака в виде Наклофена Дуо до 1-2 р/сут. В начале терапии обычно назначают 2 капсулы Наклофена Дуо в сутки, а через несколько дней переходят на прием 1 капсулы в сутки в зависимости от циркадности боли: утром, днем, вечером. Чаще препарат принимают вечером, поскольку боль воспалительного

характера интенсивнее ночью и утром. При интенсивном болевом синдроме и выраженном воспалении лечение начинают с введения Наклофена внутримышечно в дозе 75 мг (1 ампула) 1-2 р/сут с последующим переводом больного на пероральную форму. Наклофен является единственным генерическим препаратом, который можно вводить внутривенно капельно, чаще такой метод используют хирурги у больных в послеоперационном периоде.

Могут ли топические НПВП заменить парентеральные или таблетированные формы выпуска этих лекарственных средств?

— НПВП для наружного применения, в частности Наклофен в виде геля, используются лишь в качестве дополнения к базисной терапии с целью ускорения наступления анальгезирующего и противовоспалительного действия. Несмотря на привлекательность минимизации риска развития гастроинтестинальных осложнений при применении местных форм НПВП, заменить ими другие пути введения этих лекарственных средств в настоящее время не представляется возможным из-за того, что чрезкожное проникновение активного вещества происходит на малую глубину и не позволяет добиться необходимой концентрации препарата непосредственно в очаге поражения.

Можно ли говорить о золотой середине в лечении пациентов с патологией суставов?

— Прежде всего нужно понимать, что практически ни один больной с поражением

суставов не может обойтись без лечения теми или иными НПВП, остающимися по сей день незаменимыми для купирования воспаления, боли и лихорадки. Рациональный подход к назначению указанных средств короткими курсами или на длительный промежуток времени требует детального анализа рисков развития побочных эффектов и клинической активности НПВП для каждого пациента индивидуально. Если говорить о противовоспалительной и обезболивающей терапии острых состояний или обострений суставной патологии, наиболее целесообразным следует считать применение Наклофена внутримышечно или в виде препарата Наклофен Дуо, поскольку его действующее вещество характеризуется выгодным соотношением эффективности/безопасность, а лекарственная форма Наклофен Дуо обладает рядом дополнительных преимуществ, таких как минимизация риска развития гастроинтестинальных осложнений, быстрое и одновременно длительное действие, удобство применения по сравнению с обычными и пролонгированными формами диклофенака. При значительном болевом синдроме возможно внутривенное введение Наклофена. Для ускорения наступления обезболивающего и противовоспалительного эффекта можно рекомендовать комбинированное применение Наклофена Дуо и Наклофена в виде геля для наружного нанесения.

Подготовил **Антон Пройдак**

Міністерство охорони здоров'я
Національна академія медичних наук України
Національна академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

6-8
листопада
2014 року



м. Київ
вул.
Дорогожицька, 9

ТРЕТІЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ КОНГРЕС Інсульт та судинно-мозкові захворювання

1-5 Листопада

Навчальний курс

Ерготерапія в програмі

нейрореабілітації.

Рекомендований для спеціалістів інсультних та реабілітаційних центрів неврологічних судинних відділень.

Реєстрація для участі в тренінгу до 15 жовтня

6 Листопада

Наукова сесія

Пленарна сесія «Організація надання медичної допомоги при інсульті: лікування, профілактика, реабілітація»

Засідання фахових клубів:

• «Клуб фахівців нейрореабілітації»

• «Клуб фахівців тромболітизму»

7 Листопада

Освітня сесія

Школи для фахівців: «Інсульт і атеросклероз», «Інсульт і артеріальна гіпертензія», «Інсульт і фібриляція передсердь»

Спеціалізовані тренінги:

• «Шкали в інсультології – європейський стандарт в роботі невролога»

• «Порушення ковтання після інсульту»

8 Листопада

Позапрограма сесія

Мультидисциплінарний тренінг

«Відновлення верхньої кінцівки у пацієнтів після інсульту: багато питань – декілька відповідей»

Генеральний медичний партнер заходу

МЦ «Універсальна клініка «Оберіг»

Реєстрація для участі в сесії до 1 жовтня.



Організатор конгресу



Запрошуємо всіх, кого цікавлять питання лікування, профілактики та реабілітації пацієнтів із судинно-мозковими захворюваннями, прийняти участь у роботі конгресу.

Інформація для учасників та реєстрація на сайті

www.uabi.org.ua



Конгрес «Інсульт та судинно-мозкові захворювання» проводиться згідно Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій, затвердженого МОЗ і НАМН України



Оргкомітет: office@uabi.org.ua, тел./факс +380 (44) 222-78-31
Гуляєва Марина Віталіївна +380 (67) 465-56-61, mgulyayeva@gmail.com

АНОНС

Асоціація менопаузи, андропаузи і захворювань кістково-м'язової системи
Асоціація ревматологів України
Українська асоціація ортопедів-травматологів
Научно-медичне об'єднання геронтологів і гериатрів України
ГУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарева НАМН України»

Научно-практична конференція з міжнародним участием

Актуальні проблеми гериатричної ревмоортопедії

22-24 жовтня, г. Київ

Основні питання

- Епідеміологія остеопорозу, остеохондрозу та остеоартрозу в Україні
- Фактори ризику дегенеративно-дистрофічних захворювань позвоночника і суглобів
- Роль екологічних факторів в розвитку ортопедичної патології
- Клиніко-рентгенологічні особливості остеопорозу
- Остеопороз і переломи кісток
- Захворювання кістково-м'язової системи у дітей і підлітків
- Менопауза і захворювання кістково-м'язової системи
- Остеопороз у чоловіків
- Кістково-м'язова система при ендокринній патології
- Остеопороз і ендопротезування суглобів у хворих різного віку
- Остеопороз і захворювання пародонта
- Методи діагностики, профілактики і лікування захворювань суглобів і позвоночника у людей різного віку
- Методи діагностики, профілактики і лікування первинного і вторинного остеопорозу
- Немедикаментозні методи лікування в гериатричній ортопедії

В рамках заходу 22 жовтня состоится спільне засідання, присвячене 60-літтю президента Української асоціації остеопорозу, Української асоціації менопаузи, андропаузи і захворювань кістково-м'язової системи, доктора медичних наук, професора **В.В. Поворожнюка**.

Оргкомітет

04114, Україна, г. Київ, ул. Вышгородська, 67, ГУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарева НАМН України», **Н.В. Григор'єва**

Тел.: (044) 431-05-50, 430-41-74; факс: (044) 430-41-74; e-mail: crystal_ng@ukr.net