



О Н О В Л Ю Є С У Г Л О Б И

- ВІДНОВЛЮЄ нормальну анатомію суглоба шляхом реставрації хряща¹
- ВИЯВЛЯЄ знеболювальну та протизапальну дію²
- ЗМЕНШУЄ потребу в нестероїдних протизапальних засобах²



№ UA/4461/01/01 від 08.04.2011

Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування.

© Ці матеріали були створені ПАТ «Фітофарм», є об'єктом авторського права та захищаються законодавством України про авторське право.

1. О.А.Бур'янов, Т.М.Омельченко. Хондропротектори: умови ефективного застосування та його підтвердження за даними артроскопії колінного суглоба. Здоров'я України: кардіологія, ревматологія, кардіохірургія.з – №2 (39). – 2015. С.84 – 85.

2. Інструкція для медичного застосування.



ХОНДРОІТИН КОМПЛЕКС. Склад лікарського засобу: діючі речовини: 1 капсула містить глюкозаміну гідрохлориду в перерахуванні на 100% речовину 500 мг, хондроїтину натрію сульфату в перерахуванні на 100% речовину 400 мг; допоміжні речовини: натрію кроскармелоза, магнію стеарат. Лікарська форма. Капсули. Тверді желатинові капсули з безбарвним прозорим корпусом і безбарвною прозорою кришечкою. Вміст капсул – порошок білого з жовтуватим відтінком кольору. Назва і місцезнаходження виробника. ПАТ «Фітофарм», Україна, 84500, Донецька обл., м. Артемівськ, вул. Сибірцева, 2. Фармакологічна група. Засоби, що застосовуються при захворюваннях опорно-рухового апарату. Код АТС М09А Х. Хондроїтин Комплекс – комбінований препарат для стимуляції регенерації хрящової тканини. Дія препарату зумовлена компонентами, що входять до його складу. Хондроїтину натрію сульфат є високомолекулярним мукополісахаридом, який бере участь у побудові хрящової тканини. Знижує активність ферментів, які руйнують суглобовий хрящ, та стимулює його регенерацію. При ранніх стадіях запального процесу хондроїтину натрію сульфат знижує його активність і таким чином сповільнює дегенерацію хрящової тканини. Сприяє зниженню болювого синдрому, покращанню функції суглобів, знижує потребу в нестероїдних протизапальних препаратах у хворих з остеоартрозами колінних та кульшових суглобів. Глюкозаміну гідрохлорид має хондропротекторні властивості, знижує дефіцит глікозамінів в організмі, бере участь у біосинтезі протеогліканів та гіалуронової кислоти. Маєчи тропність до хрящової тканини, глюкозамін гідрохлорид ініціює процес фіксації сірки при синтезі хондроїтинсірчанної кислоти. Глюкозаміну гідрохлорид селективно діє на суглобовий хрящ, є специфічним субстратом та стимулятором синтезу гіалуронової кислоти та протеогліканів, прискорює утворення супероксидних радикалів та ферментів, які зумовлюють пошкодження хрящової тканини (колагенази та фосфоліпази), попереджає руйнівну дію глюкокортикоїдів на хондроцити та порушення біосинтезу глікозаміногліканів, індуковане нестероїдними протизапальними препаратами. Після одноразового перорального прийому препарату у середній терапевтичній дозі максимальна концентрація хондроїтину натрію сульфату у плазмі крові досягається через 3-4 години, у синовіальній рідині – через 4-5 годин. Біодоступність препарату становить 13%. Виведення здійснюється в основному нирками протягом 24 годин. 90% застосованого глюкозаміну всмоктується у кишечнику. Понад 25% прийнятої дози потрапляє з плазми крові до хрящової тканини та синовіальних оболонок суглобів. У лінійній частині препарату метаболізується до сечовини, вуглекислого газу і води. Показання для застосування. Дегенеративно-дистрофічні захворювання суглобів та хребта: остеоартроз, плечопатковий періартрит, остеохондроз хребта, переломи (для прискорення утворення кісткової мозолі). Протипоказання. Індивідуальна підвищена чутливість до компонентів препарату, тромбоз, цукровий діабет, виражені порушення функції нирок/печінки, фенілкетонурія, схильність до кровотеч, вагітність або період годування груддю, дитячий вік. Належні заходи безпеки при застосуванні. Для запобігання появи небажаних ефектів не слід перевищувати рекомендованої дози. При необхідності капсули Хондроїтин Комплекс можна застосовувати у складі комбінованої терапії з глюкокортикоїдами та нестероїдними протизапальними засобами. На період лікування слід обмежити вживання цукру, рідини та виключити вживання алкоголю. Особливі застереження. Застосування у період вагітності або годування груддю. Препарат протипоказаний у період вагітності. Під час лікування препаратом годування груддю слід припинити. Здатність впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або роботі з іншими механізмами. У випадках, якщо під час лікування препаратом виникає запаморочення або сонливість, слід утриматися від керування автотранспортом або роботи з іншими механізмами. Діти. Препарат не застосовують дітям. Спосіб застосування та дози. Хондроїтин Комплекс призначають дорослим внутрішньо по 1 капсулі 3 рази на добу протягом перших 3-х тижнів; далі по 1 капсулі 2 рази на добу протягом наступних 2-3 місяців. Передозування. Випадки передозування не описані. Можливе посилення побічних ефектів. У разі передозування рекомендується симптоматичне лікування. При перевищенні рекомендованих доз слід звернутися до лікаря. Побічні ефекти. З боку шлунково-кишкового тракту: біль в епігастральній ділянці, нудота, блювання, метеоризм, діарея/запор. З боку нервової системи: запаморочення, загальна слабкість, сонливість, головний біль, безсоння, підвищена втомлюваність. Алергічні реакції: висипання, свербіж, кропив'янка, еритема, дерматит, набряки. У випадку появи будь-яких небажаних реакцій слід припинити прийом препарату та звернутися до лікаря. Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій. При комбінованому застосуванні препарат Хондроїтин Комплекс посилює всмоктування зі шлунково-кишкового тракту тетрациклінів і зменшує – напівсинтетичних пеніцилінів і левоміцетину (хлорамфеніколу). Хондроїтин Комплекс можна застосовувати разом з нестероїдними протизапальними засобами та глюкокортикоїдами. На фоні прийому препарату знижується потреба в нестероїдних протизапальних засобах, глюкокортикоїдах, а також у знеболювальних засобах. Ефективність лікування підвищується при збагаченні раціону вітамінами А, С та солями марганцю, магнію, міді, цинку, селену. Термін придатності. 2 роки. Умови зберігання. Зберігати в оригінальній упаковці при температурі не вище 25 °С. Зберігати у недоступному для дітей місці. Упаковка. Контейнер по 30 або 60 капсул у паці. Категорія відпуску. Без рецепта. Дата останнього перегляду.



Остеоартроз — актуальная проблема в общетерапевтической практике

Сателлитный симпозиум по данной теме состоялся в рамках НПК «Семейная медицина – фундамент здравоохранения Украины», 22-23 октября, г. Киев

Остеоартроз (ОА) постепенно перестает быть проблемой сугубо врачей-специалистов, а переходит в разряд общетерапевтической практики. Современные алгоритмы лечения ОА суммируют все используемые немедикаментозные и фармакологические методики, обосновывают мультимодальный подход к ведению таких пациентов, предлагают последовательную схему включения различных средств терапии, представляющую собой рекомендации для практикующих врачей всех специальностей, занимающихся ведением больных ОА.



ОА представляет собой группу заболеваний различной этиологии со сходными биологическими, морфологическими и клиническими исходами, при которых в патологический процесс вовлекаются все структуры сустава (субхондральная кость, связки, капсула, синовиальная мембрана и периартикулярные мышцы). В докладе доцента кафедры ортопедии и травматологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, кандидата медицинских наук Тараса Николаевича

Омельченко была обоснована актуальность ОА и рассмотрены возможности его лечения в соответствии с современными рекомендациями.

— За последние 30–40 лет зафиксировано увеличение заболеваемости ОА в 9 раз. При этом прогнозируется не только дальнейший рост заболеваемости у пациентов старших возрастных групп, но и увеличение распространенности ОА у детей и подростков — «омоложение» ОА.

Говоря о причинах развития ОА, следует отметить 2 основные группы этиологических факторов: механические и структурные. К первой группе причин относятся состояния, при которых возникает повышенное давление на нормальный хрящ: дисплазия сустава, повреждение связок (нестабильность сустава), травмы (например, разрыв мениска), всевозможные микротравмы, избыточная масса тела. Структурный артроз возникает в случаях нормальной нагрузки на измененный хрящ, например при хондрокальцинозе, некрозе эпифиза, сопутствующих артритах, наследственной предрасположенности.

Патогенез ОА достаточно сложный. Отправной точкой патологических изменений является либо прямое механическое повреждение сустава, либо его опосредованное поражение вследствие развития дисбаланса между процессами гипоксии/реперфузии в васкуляризованных тканях сустава, возникающего при хронических перегрузках, воспалении, перенесенном гемартрозе и др. На следующем этапе развивается типичный патологический процесс, сопровождающийся избыточной активацией реакций свободнорадикального окисления. Последующий биосинтез простагландинов, лейкотриенов, тромбоксанов, липопероксидов, радикалов жирных кислот, кетонов, альдегидов, кетокислот приводит к повреждению и увеличению проницаемости клеточных мембран, окислительной модификации структурных белков, ферментов и биологически активных веществ. Указанные процессы обуславливают развитие и непрерывное прогрессирование деструктивно-деструктивных изменений в суставе, лежащих в основе ОА.

Основной жалобой при ОА является боль в суставе и постепенное снижение его функции. Среди факторов возникновения болевого синдрома выделяют интраартикулярные изменения (реактивный синовит, внутрисуставная гиперпрессия, внутрисуставная ишемия, повышение внутрисуставного давления, дисконгруэнтность поверхностей, подвывих или протрузия головки, прорыв субхондральной кости и др.); экстраартикулярные изменения (контрактуры, болевые ангиопатии, нейродистрофический синдром, вертеброгенные синдромы); изменения на уровне организма (эндокринопатия, метаболические нарушения, неврологические заболевания и др.).

Чем же обусловлены основные виды боли при ОА?

- ночная — связана с венозной гиперемией, стазом крови в субхондральных отделах кости, внутрисуставной гипертензией; интенсивность такой боли уменьшается утром при ходьбе (при поражении суставов нижних конечностей);
- стартовая — обычно возникает в начале ходьбы, затем быстро исчезает, при продолжительном движении появляется снова;
- механическая — развивается при нагрузке на сустав, постепенно усиливается к вечеру, исчезает после ночного отдыха; часто боль, возникающая при движении, обусловлена наличием тенобурсита, периартроза, поражением сухожилий; также боль может быть связанной с раздражением синовиальной оболочки остеофитами;
- блокадная — появляется при наличии суставного постороннего тела (фрагмента, защемленного между суставными поверхностями участка хряща);
- рефлекторная — обусловлена реактивным синовитом;
- отраженная — связана с вовлечением в воспалительный процесс капсулы сустава.

Ранее в разных странах мира использовались региональные классификации ОА. В настоящее время общепринятой является унифицированная рентгенологическая классификация ОА по Kellgren-Lawrence:

I стадия (сомнительный ОА) — сомнительное сужение суставной щели, возможны остеофиты;

II стадия (легкий ОА) — определяются остеофиты и сомнительное сужение суставной щели;

III стадия (умеренный) — умеренно выраженные остеофиты, определенное сужение суставного пространства, возможная деформация костей;

IV стадия (тяжелый) — большие остеофиты, сужение суставного пространства, тяжелый остеосклероз, определенная деформация костей.

Также повсеместно используется классификация ОА в зависимости от степени поражения хряща, установленной артроскопически в соответствии с четырехступенчатой классификацией Outerbridge:

- 1 степень — размягчение хряща;
- 2 степень — фрагментация хряща и его эрозии до половины глубины слоя;
- 3 степень — глубокие эрозии и большие фрагментации с образованием дефектов;
- 4 степень — появление дефектов, дном которых является субхондральная кость.

Следует отметить, что стадия и степень ОА не всегда соответствуют друг другу, что необходимо учитывать при уточнении диагноза.

Сегодня золотым стандартом диагностики ОА следует считать артроскопию. Так, при сонографической оценке структур сустава чувствительность, специфичность и точность метода для хрящевой ткани составляет около 25–26%, аналогичные показатели при проведении стандартной МРТ пораженного сустава колеблются в пределах 35–37%, в то время как результативность методики артроскопии достигает 99,5%. Хотя следует отметить, что для оценки состояния других компонентов суставного аппарата (мениски, синовиальные и капсульно-связочные структуры) диагностическая ценность сонографии и МРТ является достаточно высокой.

Основными задачами терапии ОА считаются замедление прогрессирования заболевания; уменьшение болевого синдрома, повышение функциональной активности сустава. В последних рекомендациях Международного общества по изучению остеоартрита (Osteoarthritis Research Society International, OARSI) 2014 г. сделана попытка выделить определенные формы ОА с учетом локализации поражения и наличия коморбидности, а на основании такого разделения был предложен дифференцированный подход к лечению. Как и во всех существующих рекомендациях, в руководстве OARSI (2014) подчеркивается необходимость комбинации нефармакологических и фармакологических методов терапии ОА.

Нефармакологическое лечение включает разработку образовательных программ для пациентов, снижение избыточной массы тела, коррекцию питания, ортопедический режим, регулярные физические упражнения, физиотерапевтическое лечение (бальнеотерапию, электромагнитную терапию, ультразвуковую терапию, электростимуляцию, акупунктуру, лазерную терапию, электрофорез, гидротерапию, ношение наколенников, стелек и др.).

Как уже отмечалось, одной из основных задач терапии ОА является купирование болевого синдрома. С этой целью в качестве фармакологической терапии при неинтенсивной боли в суставах рекомендуется парацетамол в суточной дозе ≤3,0 г (предполагается, что он более безопасен по сравнению с другими анальгетическими средствами, хотя и обеспечивает незначительное обезболивающее действие). Тем не менее в последнее время безопасность такого лечения поставлена под сомнение, поскольку накопились данные о частых нежелательных лекарственных реакциях со стороны желудочно-кишечного тракта и увеличении уровней печеночных ферментов на фоне продолжительного приема парацетамола.

В связи с этим более безопасным было бы использование симптоматических препаратов замедленного действия (Symptomatic Slow Acting Drugs for Osteoarthritis — SYSADOA) в качестве базисной терапии с короткими курсами назначения парацетамола для быстрого обезболивающего эффекта. Последний Кокрановский обзор продемонстрировал, что глюкозамин способен уменьшать боль при ОА, хотя и отмечена высокая гетерогенность исследований, которая могла повлиять на результаты. Вместе с тем данные 3 исследований, проведенных в Европе, продолжительностью от 6 мес до 3 лет с участием больных ОА с небольшой или умеренной болью без гетерогенности продемонстрировали преимущество

кристаллизованного глюкозамина сульфата перед плацебо по влиянию на боль и функцию суставов. Иными словами, выраженность эффекта оказалась сопоставимой с таковой при применении коротких курсов НПВП. Кроме того, длительное лечение глюкозамина сульфатом способствует замедлению прогрессирования ОА.

Хондроитинсульфат также обладает способностью замедлять прогрессирование ОА и оказывает довольно выраженное действие на боль (хотя мнения различных исследователей не всегда совпадают, размер анальгетического эффекта, по разным данным, достигает 0,75).

Помимо уже установленной эффективности, эти препараты обладают высоким профилем безопасности: частота нежелательных лекарственных реакций при лечении этими средствами не отличалась от таковой плацебо. С учетом предположения об аддитивном действии глюкозамина и хондроитинсульфата часто используются в комбинации.

Также среди основных методов лечения ОА — интраартикулярная терапия (хондропротекторы для внутрисуставного введения, противовоспалительная терапия, кортикостероиды, лаваж) и, безусловно, хирургические методики (диагностическая/лечебная артроскопия, лаваж, коррекционные остеотомии, дебридмент, шейвирование, парциальная менискэктомия, эндопротезирование суставов, артродез, костномозговая стимуляция репарации хряща и др.).

Нами было проведено собственное клиническое исследование эффективности комплексного лечения пациентов с ранними стадиями ОА с применением препарата Хондроитин Комплекс. Он содержит комбинацию глюкозамина гидрохлорида и хондроитинсульфата (по 500 и 400 мг соответственно в каждой капсуле). В исследовании приняли участие 138 больных с ОА коленного сустава в I–II стадии в период обострения без выраженных явлений синовита. Среди пациентов преобладали женщины (61%), средний возраст больных составил 54,3±2,7 года. Участники исследуемой группы получали Хондроитин Комплекс по 1 капсуле 2 р/сут в течение 2 мес, параллельно осуществлялся плацебо-контроль. Средний показатель интенсивности болевого синдрома по VAS до лечения составлял 72,7, через 30 дней в группе активного лечения он снизился в 3,2 раза — до 22,4.

Результаты проведенного лечения и динамического наблюдения с оценкой индекса WOMAC подтвердили эффективность применения препарата Хондроитин Комплекс в пределах срока наблюдения. Так, отмечен прирост положительной динамики в исследуемой группе в 2,1 раза. До лечения средний уровень функциональной активности коленного сустава в группе составлял 53,9 балла (что соответствовало удовлетворительной оценке), после применения препарата Хондроитин Комплекс этот показатель увеличился в среднем до 89,6 балла (хороший функциональный результат в соответствии со шкалой Лисхольма). До начала лечения доля удовлетворительных результатов составляла 69,4%, хорошие результаты отмечали у 30,6% больных, отличных результатов вообще не наблюдали. После 30 дней лечения было зафиксировано не только 1,7-кратное увеличение среднего показателя функциональной активности в пораженном коленном суставе, но и двукратное увеличение хороших результатов, появление отличных результатов у 16% больных за счет почти трехкратного уменьшения удовлетворительных результатов лечения. Неудовлетворительных результатов отмечено не было. Зафиксировано увеличение активности больных через 1 мес от начала лечения с 4,6 до 9,3 балла, что также статистически достоверно (p<0,05) доказывает положительный эффект препарата Хондроитин Комплекс.

Современная патогенетически обоснованная базисная схема медикаментозного лечения ранних стадий ОА включает:

- противовоспалительную и обезболивающую терапию;
- селективный ингибитор ЦОГ-2 + адьювантный анальгетик длительностью до 10–14 дней;
- хондрометаболическую терапию:
 - Хондроитин Комплекс по 1 капсуле 2 р/сут в течение 2 мес;
 - препараты гиалуроната при отсутствии любых проявлений синовита — внутрисуставно 1–2% 3–5 раз с интервалом 7–10 дней;
 - местно: эмульгель Хондроитин-Фитофарм + НПВП при необходимости.

Перечисленные препараты хондрометаболической терапии производятся компанией «Фитофарм» (Украина). Данные лекарственные средства отличаются не только инновационным составом, разнообразием форм выпуска для многоцелевой и разнонаправленной терапии проявлений ОА, доказанной безопасностью компонентов, но и хорошим соотношением цена/качество, что, безусловно, немаловажно при лечении пациентов с хроническими заболеваниями, требующими курсовой и системной терапии. Показаниями к применению препарата Хондроитин Комплекс являются дегенеративно-дистрофические заболевания суставов и позвоночника: ОА, плечелопаточный периартрит, остеохондроз, переломы (с целью ускорения образования костной мозоли). Эмульгель Хондроитин-Фитофарм используется при локализованных формах вышеуказанных заболеваний.

Подготовила Александра Меркулова

