

Депо
Медрол

метилпреднізолону
ацетат, суспензія
для ін'єкцій

Солу
Медрол

метилпреднізолону
натрію сукцинат
40/125/500/1000 мг

Медрол

метилпреднізолон
таблетки 4/16/32 мг

Більше 50 років застосування і
4 мільярди проданих упаковок¹

Сильна протизапальна дія²

Встановлений профіль безпеки²⁻⁵

Контролюйте запалення там, де це необхідно



Література: 1. Data on file. Pfizer Inc. 2. Fiel S.B., Vincken W. Systemic corticosteroid therapy for acute asthma exacerbations. J Asthma, 2006;43(5):321-331. 3. Smith M.D., Ahern M.J., Roberts-Thomson P.J. Pulse methylprednisolone therapy in rheumatoid arthritis: Unproved therapy, unjustified therapy, or effective adjunctive treatment? Annals of the Rheumatic Diseases. 1990;49:265-267. 4. Koyonos L., Adam B.Y., Allison G. M., et. al. A Randomized, Prospective, Double-Blind Study to Investigate the Effectiveness of Adding DepoMedrol to a Local Anesthetic Injection in Postmeniscectomy Patients With Osteoarthritis of the Knee. The American Journal of Sports Medicine. 2009; 37(6):1077-1082. 5. Crook D., Frieder K., Franz M. et al. Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Systemically Administered Glucocorticoids. Clin Pharmacokinet. 2005;44(1): 61-98.

ДЕПО-МЕДРОЛ (метилпреднізолону ацетат)

Суспензія для ін'єкцій 40 мг/мл метилпреднізолону ацетату у флаконах по 1 мл.

Коротка інструкція для медичного застосування препарату.

Показання. В/м введення: ендокринні розлади, ревматологічні ураження, коллагенози, дерматологічні захворювання, алергічні стани, офтальмологічні захворювання, захворювання травного тракту та органів дихання, гематологічні, онкологічні захворювання, набряковий синдром, розсіяний склероз у фазі загострення захворювання інших органів та систем. Внутрішньосиновиальне застосування та введення у м'язи тканини як допоміжна терапія для короточасного застосування; синовіт при остеоартриті, ревматоїдний артрит, бурсит, гострий подагричний артрит та інші. Введення в патологічний осередок: келоїди, локалізовані гіпертрофовані, інфільтровані осередки запалення та ін. Введення *per rectum*: виразковий коліт. **Спосіб застосування та дози.** Місцеве застосування-доза для внутрішньосуглобового введення залежить від розміру суглоба та тяжкості стану хворого. Доза препарату для внутрішньом'язового введення залежить від патологічного стану, що підлягає терапії. Якщо бажано досягти тривалої дії, можна вводити в/м 1 раз на тиждень, доза обчислюється шляхом помноження добової пероральної дози метилпреднізолону на 7. Доза добирається залежно від тяжкості захворювання і реакції хворого на лікування. Для більш детальної інформації див. інструкцію для застосування препарату. **Протипоказання.** Системні грибові інфекції. Відомо підвищена чутливість до компонентів препарату. Внутрішньовенне, інтратекальне, епідуральне та інтратанальне введення, та інші. Більш детально – див. інструкцію до застосування. **Побічні реакції.** Порухування водно-електролітного балансу, скелетно – м'язові порушення, побічна дія з боку травного тракту, шкіри, нервової системи, порушення з боку ендокринної системи, офтальмологічні, метаболічні, імунні порушення, анафілактичні реакції, побічні реакції, що спостерігаються при введенні не рекомендованими шляхами. **Взаємодія з іншими лікарськими засобами.** Відмічалася випадки виникнення судом при одночасному застосуванні метилпреднізолону та циклоспору. Фармакологічні взаємодії при застосуванні Депо-Медролу такі ж, як і у випадку інших кортикостероїдів, однак прояви взаємодій можуть бути зміненими через особливості всмоктування. Кортикостероїди взаємодіють переважно з рифампіцином, фенітоном, барбітуратами, естрогенами, кетоканазолом, троландоміцином, еритромицином, саліцилатами, етакриновомо кислотою, тазидами, фуросемідом, індометацином, НПЗП, циклофосфамідом, амфотерицином, протидіабетичними засобами. Введення вакцин на основі живих атенуюваних вірусів, протипоказано. **Фармакологічні властивості.** Депо-Медрол містить синтетичний глюкокортикоїд, похідне 6- метилпреднізолону - метилпреднізолону ацетат. Він виявляє сильну та тривалу протизапальну, імуносупресивну та антиалергічну дію. **Категорія відпуску.** За рецептом. Реєстраційне посвідчення в Україні: № UA/10030/01/01 від 09.09.2014.

СОЛУ-МЕДРОЛ (метилпреднізолон)

Ліофілізований порошок 40 мг, 125 мг у двоємісних флаконах;

500 мг, 1000 мг у флаконах + 1 флакон із розчинником.

Коротка інструкція для медичного застосування препарату.

Показання. Ендокринні, ревматичні захворювання, захворювання коллагенової тканини, дерматологічні захворювання, алергічні стани, захворювання очей, захворювання шлунково-кишкового тракту, органів дихання, гематологічні, онкологічні захворювання, набряки, захворювання нервової системи, та ін. **Спосіб застосування та дози.** Солу-Медрол можна призначати у вигляді в/в ін'єкцій, інфузій, або у вигляді в/м ін'єкцій. Як додаткова терапія при станах, що загрожують життю, Солу-Медрол рекомендовано вводити 30 мг/кг в/в протягом щонайменше 30 хвилин. Введення можна повторювати кожні 4-6 годин протягом 2 діб. Пульс-терапія при лікуванні ревматоїдних захворювань: 1г/добу в/в протягом 1-4 діб або 1г/місяць протягом 6 місяців в/в. Більш детально – див. інструкцію до застосування. **Протипоказання:** відома підвищена чутливість до метилпреднізолону чи інших компонентів препарату, системні грибові інфекції. Інтратекальний та епідуральний шляхи введення. **Побічні реакції.** Побічні реакції типові для усіх системних кортикостероїдів. Маскування інфекційного процесу, загострення латентних інфекцій. Порушення функції імунної, ендокринної систем, порушення метаболізму та обміну речовин, порушення психіки. Порушення функції нервової системи, функції органа зору, слуху та вестибулярного апарату, порушення функції серцево-судинної системи, органів дихання, грудної клітки та середостіння, порушення функції шлунково-кишкового тракту, з боку шкіри та підшкірної тканини, порушення функції опорно-рухового апарату та сполучної тканини, порушення функції репродуктивної системи і молочних залоз, загальні порушення в місці введення препарату, зміни в результатах лабораторних досліджень, ускладнення при проведенні процедур (патологічні переломи, компресійні переломи хребта, розрив сухожилля). **Взаємодія з іншими лікарськими засобами.** При одночасному призначенні метилпреднізолону та циклоспору відбувається взаємне пригнічення метаболізму. Препарати, що індукують печінкові ферменти можуть підвищувати кліренс метилпреднізолону. Інгібітори CYP3A4 можуть уповільнювати метаболізм метилпреднізолону і тим самим знижувати його кліренс. Метилпреднізолон може підвищувати кліренс ацетилсаліцилової кислоти. Кортикостероїди можуть як підвищувати, так і знижувати ефективність пероральних антикоагулянтів. **Особливості застосування.** Кортикостероїди можуть маскувати деякі симптоми інфекції, також на фоні лікування можуть виникнути нові інфекційні процеси. Вакцинація живою або живою ослабленою вакциною протипоказана пацієнтам, які отримують імуносупресивні дози кортикостероїдів. Іноді можуть виникати анафілактичні реакції. Спостерігалася випадки серцевої аритмії та/або серцево – судинної недостатності. Можливі порушення психіки. Можливе підвищення рівня глюкози крові. Більш детально – див. інструкцію до застосування. **Фармакологічні властивості.** Ін'єкційна форма метилпреднізолону (синтетичний глюкокортикостероїд) для внутрішньом'язового та внутрішньовенного введення. Даний висококонцентрований розчин підходить для лікування патологічних станів, при яких необхідна ефективна та швидка дія гормону. Метилпреднізолон чинить сильну протизапальну, імуносупресивну та антиалергічну дію. **Категорія відпуску.** За рецептом. Реєстраційне посвідчення в Україні: № UA/2047/01/01, UA/2047/01/02, UA/2047/01/03, UA/2047/01/04 від 09.09.2014.

МЕДРОЛ (метилпреднізолон)

Таблетки 4 мг по 30 таблеток в упаковці; 16 мг по 50 таблеток в упаковці; 32 мг по 20 таблеток в упаковці.

Коротка інструкція для медичного застосування препарату.

Показання до застосування. Ендокринні захворювання, ревматичні захворювання, коллагенози, шкірні захворювання, алергічні стани, захворювання очей, органів дихання, гематологічні, онкологічні захворювання, набряковий синдром, захворювання травного тракту, нервової системи, інших органів та систем; трансплантація органів. **Спосіб застосування та дози.** Початкова доза може варіюватися залежно від характеру захворювання. Високі дози можуть застосовуватись про таких захворюваннях і станах, як розсіяний склероз (200 мг/добу), набряк мозку (200 - 1000 мг/добу), трансплантація органів (до 7 мг/кг/добу). **Протипоказання.** Системні грибові інфекції. Системні інфекції у тих випадках, коли специфічна протимікробна терапія не призначена. Гіперчутливість до компонентів препарату або до метилпреднізолону в анамнезі. Введення живих або живих атенуюваних вакцин протипоказане пацієнтам, які отримують імуносупресивні дози кортикостероїдів(КС). **Побічні реакції.** Порушення водно-електролітного балансу, побічні явища з боку опорно-рухової системи, травного тракту, шкірні прояви, метаболічні та нервові розлади, ендокринні, офтальмологічні та імунні порушення. **Взаємодія з іншими лікарськими засобами.** Медрол є субстратом ферменту цитохрому P450 (CYP) і метаболізується переважно за участю ферменту CYP3A4. Нестероїдні протизапальні засоби (ацетилсаліцилова кислота) у комбінації з КС слід застосовувати з обережністю через підвищений ризик виникнення шлунково-кишкових кровотеч та виразок. При одночасному застосуванні з пероральними коагулянтами може розвинути як посилення, так і послаблення ефекту пероральних антикоагулянтів. Стероїди можуть знижувати терапевтичний ефект антикоагулянтів, таких як розвиток дисліпідемії та артеріальної гіпертензії, може схилити пацієнтів з уже існуючими факторами ризику ускладнень з боку серцево-судинної системи до розвитку додаткових серцево-судинних ефектів, якщо застосовувати їх у високих дозах і тривалими курсами. Високі дози КС можуть спричинити розвиток гострого панкреатиту. КС слід призначати пацієнтам із підозрою на виникнення ефекту пероральних антикоагулянтів лише після відповідної оцінки співвідношення «ризик/користь». **Фармакологічні властивості.** Метилпреднізолон належить до групи синтетичних ГК. ГК не тільки виявляють істотний вплив на запальний процес та імунну відповідь, а також впливають на вуглеводний, білковий та жировий обмін, серцеву – судинну систему, скелетні м'язи і центральну нервову систему. Більшість показань до застосування ГК обумовлені їх протизапальними, імуносупресивними та протипалітичними властивостями. **Категорія відпуску.** За рецептом. Реєстраційне посвідчення в Україні: UA/2047/02/01, UA/2047/02/02, UA/2047/02/03 від 26.07.2012 р., Наказ МОЗ України № 124 від 06.03.2015.

Інформація для лікарів та фармацевтів. Призначено для розповсюдження на семінарах, симпозіумах, конференціях з медичної тематики. Перед застосуванням препарату необхідно ознайомитись з інструкцією для застосування. Інформація для лікарів та фармацевтів. Призначено для розповсюдження на семінарах, симпозіумах, конференціях з медичної тематики.

WUKMED0215024

За додатковою інформацією звертайтеся у Представництво «Файзер Ейч. Сі. Пі. Корпорейшн» в Україні: 03038, м. Київ, вул. Амосова, 12. Тел. (044) 291-60-50.



Рецидивующие синовиты коленных суставов и их лечение

По материалам научно-практической конференции «Обоснование и направления инновационной терапии в ревматологии» (24-25 марта, г. Киев)

Остеоартроз (ОА) считается одним из наиболее распространенных артритов.

Основными задачами в лечении этого заболевания являются устранение болевого синдрома, воспаления и обеспечение функциональной активности пациентов, а главной целью – замедление прогрессирования процесса деструкции суставного хряща. Распространенность ОА постоянно увеличивается, в том числе среди лиц трудоспособного возраста, а последствием уменьшения физических нагрузок на фоне течения этого заболевания становится развитие сердечно-сосудистой патологии, метаболических нарушений и депрессии. Таким образом, ОА является не только медицинской, но и социальной проблемой.

Возможностям влияния на течение ОА был посвящен доклад ведущего специалиста отдела некоронарных заболеваний и клинической ревматологии ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктора медицинских наук, профессора Галины Александровны Проценко.

— Неоднородность причин, механизмов развития, клиники и исходов позволяют предположить, что ОА — это гетерогенная группа заболеваний разной этиологии с подобными биологическими, морфологическими и клиническими проявлениями, в основе которых лежат поражения всех компонентов сустава: в первую очередь хряща, а также субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, околоуставных мышц.

Особая роль в патогенезе ОА отводится синовиту — вторичному воспалительному процессу в синовиальной оболочке с образованием выпота или экссудата в полости сустава. Именно наличие реактивного синовита сближает ОА с воспалительными заболеваниями суставов, что находит отражение в названии заболевания «остеоартрит», применяемом в современной зарубежной литературе. Синовит играет значительную роль в формировании клинической картины ОА, дальнейшей деструкции суставных структур и, в конечном итоге, прогрессировании ОА. Усугубление деструктивных процессов в хряще при наличии синовита происходит вследствие активации литических ферментов на фоне активации фагоцитарных, воспалительных, иммунных и ферментоклеточных реакций, которые усиливают катаболические процессы в структурах сустава. От своевременного выявления синовита зависит дальнейшая тактика лечения пациента.

Синовит возникает на любой стадии ОА и характеризуется значительной вариабельностью симптомов. Развитие синовита при ОА происходит в течение нескольких дней, с постепенным появлением отека, нарастанием болевых ощущений, деформацией сустава.

Для болевого синдрома при синовите не характерен «механический ритм», т.е. возникновение боли при физической нагрузке и исчезновение в период отдыха. Боль при синовите обусловлена длительной сенсibilизацией ноцирецепторов в процессе воспаления и мало связана с механической нагрузкой на сустав. Болевому синдрому сопутствуют утренние скованность, выраженная припухлость суставов, локальное повышение кожной температуры, и эту боль можно трактовать как хроническую, которая в сочетании с вегетативными, психологическими и эмоциональными факторами теряет приспособительное биологическое значение.

Диагностика синовита осуществляется с помощью артроскопии, магнитно-резонансной томографии или ультразвукового исследования.

Эффективное лечение синовита — одна из важнейших задач при ведении пациентов с ОА. Именно адекватное лечение синовита, начатое на ранних стадиях развития (в том числе на рентгенологической) во многом определяет возможности замедления прогрессирования ОА.

Краеугольным камнем лечения синовита и в целом ОА служит противовоспалительная терапия, которая не только купирует боль, но и устраняет другие симптомы воспаления при ОА: припухлость, гипертермию сустава, улучшает его функцию подавления выработки провоспалительных цитокинов и снижения активности катаболических процессов в суставных структурах.

Стандартным подходом к лечению синовита при ОА и сопутствующего болевого синдрома является применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и глюкокортикостероидов (ГК). ГК используют при синовите как средства, обладающие мощным противовоспалительным эффектом.

Следует отметить, что внедрение в клиническую практику локальной инъекционной терапии ГК при лечении заболеваний суставов стало одним из крупнейших достижений медицины середины XX века, и на сегодня такому подходу отдается предпочтение во многих клинических ситуациях. Согласно современным рекомендациям по лечению ОА внутрисуставное введение ГК пролонгированного действия показано при неэффективности парацетамола и/или НПВП в купировании боли и/или при наличии выпота в суставе. По сравнению с системным применением ГК внутрисуставное введение этих препаратов имеет ряд преимуществ:

- непосредственное воздействие на основной очаг поражения, т.е. сустав;
- возможность достижения оптимальной лечебной концентрации лекарственного препарата в пораженном органе;
- уменьшение потребности в системной терапии и снижение риска неблагоприятных эффектов лечения.

Для многих пациентов с ОА внутрисуставные инъекции ГК — это единственная возможность сохранения активности и трудоспособности. Высокая эффективность локальной инъекционной терапии ГК в лечении синовита и устранении болевого синдрома показана в клинических исследованиях и подтверждается многолетним практическим опытом. Частота внутрисуставного введения ГК, интервалы между инъекциями и дозировки ГК определяются локализацией синовита (размером пораженного сустава) и длительностью действия препаратов. Оптимальным является 3-4-кратное внутрисуставное введение ГК в течение года, а минимально допустимые промежутки между инъекциями составляют 5-7 дней для короткодействующих ГК,



Г.А. Проценко

1 мес — для ГК со средней длительностью действия и 2 мес — для пролонгированных ГК.

Хорошо изученным, известным и широко применяемым в клинической практике депо-ГК является метилпреднизолон (Депо-Медрол), который характеризуется наименьшим риском развития побочных эффектов по сравнению с другими ГК, используемыми в лечении ОА. В связи с этим Депо-Медрол наиболее часто применяется в клинической практике (рис. 1).

Депо-Медрол обладает выраженным и длительным противовоспалительным эффектом (до 8 недель), что позволяет использовать его для внутрисуставного введения с оптимальной частотой — 1 раз в 2 мес. При этом обеспечивается высокая частота ответа на терапию, и это было продемонстрировано в сравнительном исследовании с триамцинолоном, в котором выявлены преимущества метилпреднизолона в лечении ОА перед триамцинолоном (рис. 2).

Дозы метилпреднизолона для введения в разные суставы представлены в таблице.

Таблица. Дозы метилпреднизолона для внутрисуставного введения		
Размер сустава	Локализация	Диапазон дозирования, мг
Крупный	Коленный, голеностопный, плечевой	20-80
Средний	Локтевой, лучезапястный	10-40
Мелкий	Плюснефаланговый	4-10

Следует помнить, что при всех преимуществах локальной терапии ГК ее неоправданное использование, а также неправильная техника выполнения инъекций могут привести к серьезным осложнениям. Внутрисуставные инъекции ГК противопоказаны при наличии локальной или системной инфекции, выраженной костной деструкции (риск инфицирования сустава или усугубления деструкции), выраженного околоуставного остеопороза, при затрудненном доступе к суставу, внутрисуставных переломах, патологии свертывания крови. Неэффективность предшествовавшей локальной инъекционной терапии является относительным противопоказанием для ее назначения в дальнейшем.

Для того, чтобы пациент получил максимальную пользу от данного вида лечения, следует принимать взвешенные решения: врач должен быть уверен в диагнозе, а выполнение внутрисуставных инъекций необходимо доверить высококвалифицированному специалисту. При правильном отборе пациентов с ОА, диагноз которых подтвержден с помощью визуализирующих методик, а также при условии обеспечения правильной техники внутрисуставного введения ГК эффективность этого метода значительно превышает возможные риски.

Подготовила **Наталья Очеретяная**

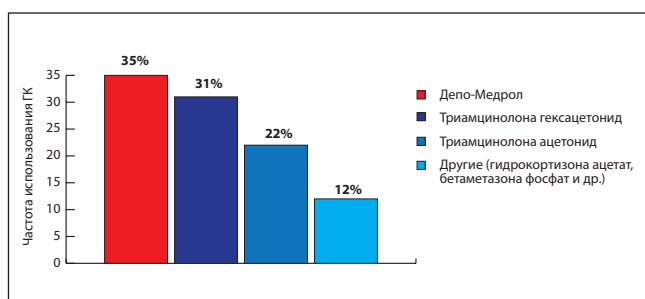


Рис. 1. Использование депо-ГК в клинической практике

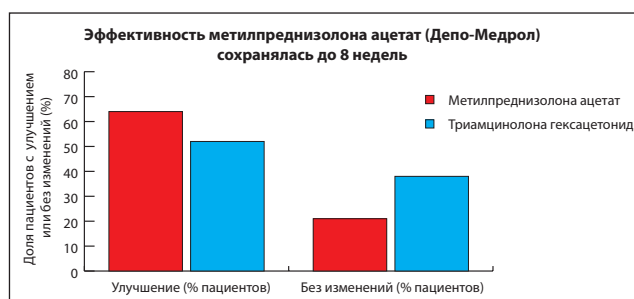


Рис. 2. Частота ответа на терапию депо-ГК