

Больовий синдром у пацієнтів з остеоартрозом: фокус на етодолак

На остеоартроз (ОА) припадає майже 80% в загальній структурі патології суглобів у осіб старше 60 років. У 10-30% випадків ОА призводить до втрати працездатності різного ступеня. За останні 30-40 років зафіксовано збільшення захворюваності на ОА у 5-9 разів, і ситуація продовжує погіршуватись. Традиційно проблемі ОА приділяють чимало уваги на наукових форумах, присвячених захворюванням опорно-рухової системи. Не стала виключенням і науково-практична конференція «Сучасний міжнародний досвід лікування коморбідної патології», в рамках якої завідувач кафедри травматології та ортопедії НМУ ім. О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор Олександр Анатолійович Бур'янов розповів про сучасні підходи до діагностики та лікування ОА.



Доповідач нагадав, що під визначенням «остеоартроз» слід розуміти гетерогенну групу захворювань різної етіології з подібними біологічними, морфологічними та клінічними проявами і наслідками, в основі яких лежить ураження всіх елементів суглоба — в першу чергу суглобового хряща, субхондральних відділів кістки, синовіальної оболонки, зв'язок, капсули та періартрикулярних м'язів.

Основним раннім клінічним проявом ОА вважається біль, який має певні особливості. Найбільш характерним для ОА є стартовий біль, що виникає на початку ходьби та швидко зникає. Однак при тривалому русі він може виникати знову. Пацієнти з ОА часто пред'являють скарги на нічний біль, який пов'язаний з венозною гіперемією, стазом крові у субхондральних відділах кістки та підвищенням внутрішньосуглобового тиску. Інтенсивність болю зменшується вранці при ходьбі.

Нерідко зустрічається механічний біль. Він з'являється при навантаженні на суглоб та поступово посилюється до вечора. Цей біль, як правило, зумовлений наявністю теносиндриту, періартрозу, ураження сухожилків. Він також може викликатись подразненням синовіальної оболонки остеофітами.

В основі інструментальної діагностики ОА лежать передусім візуалізаційні методи обстеження: рентгенографія, магнітно-резонансна томографія, артросонографія, артроскопія. Одним із сучасних і найбільш поширених методів діагностики та лікування ОА, особливо на ранніх стадіях захворювання, є артроскопія, яка дає можливість виявити патологічні зміни або пошкодження практично всіх внутрішньосуглобових елементів.

Згідно з рекомендаціями EULAR (2003, 2005) лікування хворих на остеоартроз включає такі напрями: нефармакологічне, фармакологічне лікування, інтраартикулярне та хірургічне лікування.

Нефармакологічне лікування передбачає такі заходи, як освітні програми для навчання хворих основним принципам профілактики та лікування ОА, зменшення надлишкової маси тіла шляхом корекції харчування та створення оптимального рухового режиму, індивідуальну розробку комплексу фізичних вправ, ортопедичний режим, комплекс фізіотерапевтичного лікування.

В основі фармакологічного лікування лежить призначення нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) та препаратів хондропротекторної дії (хондроїтину сульфат, глюкозаміну сульфат, глюкозаміну гідрохлорид, гіалуронова кислота тощо).

Традиційно при лікуванні ОА в фазі загострення за наявності реактивного синовіту або помірно вираженого артрозо-артриту на першому етапі застосовують курс протизапальної терапії, що передбачає першочергове призначення НПЗП, з подальшим курсом хондропротекторного лікування.

Важливо, щоб призначуваний НПЗП мав швидку та потужну знеболювальну дію, а також був безпечним для пацієнта. Цим вимогам відповідає **етодолак**, представлений на українському ринку препаратом «Етол Форт» фармацевтичної компанії «Нобель».

Однією з основних переваг етодолаку порівняно з іншими НПЗП є швидкий початок анальгезії. Анальгетичний ефект настає протягом 30 хв після перорального прийому препарату (прирівнюється до застосування деяких внутрішньом'язових форм НПЗП), що значно швидше, ніж у кетопрофену, напроксену, піроксикаму (1 год) і диклофенаку (2 год). При цьому виражена анальгетична дія етодолаку поєднується з його високою безпечністю. Так, ризик розвитку гастро- та ентеропатій на тлі прийому цього препарату значно нижчий, ніж при застосуванні неселективних інгібіторів ЦОГ (диклофенак, напроксен, ібупрофен, індометацин).

Про це переконливо свідчать результати рандомізованого порівняльного дослідження T.H. Liang, P.N. Hsu із застосування етодолаку (у добовій дозі 400 мг) і диклофенаку (добова доза — 100 мг) у пацієнтів з ОА колінних суглобів. Частота побічних ефектів у групі пацієнтів, які отримували етодолак, виявилася значно меншою, ніж у групі диклофенаку — зокрема, частота абдомінального болю у 7 разів менша, диспепсії — у 9 разів.

У порівняльному дослідженні A. Karbowski, в якому вивчали ефективність та безпечність застосування етодолаку (600 мг на добу) та індометацину (150 мг на добу) у лікуванні пацієнтів з ОА колінних суглобів, було встановлено високу ефективність обох препаратів. Однак частота небажаних явищ була достовірно меншою у групі етодолаку (19%) порівняно з групою індометацину (52%).

Щодо високої ефективності та безпечності етодолаку переконують і результати вітчизняного клінічного спостереження, проведеного нами на базі ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»: «Клінічне дослідження ефективності препарату «Етол Форт» у пацієнтів з остеоартрозом». До нього увійшли пацієнти з ОА колінних суглобів ранніх стадій в період загострення з помірно вираженим реактивним синовітом та больовим синдромом помірно-та помірно-сильної інтенсивності (4-7 балів за візуально-аналоговою шкалою — ВАШ).

В основну групу було включено 30 пацієнтів з гонартрозом I-II стадії, яким під час лікування призначався етодолак — препарат «Етол Форт» у добовій дозі 800 мг (400 мг 2 рази на добу) упродовж 7 днів та комбінований хондропротектор «НБЛ Глюкозаміну 750 мг/Хондроїтину 600 мг» по 1 таблетці 2 рази на добу упродовж 60 днів.

До групи порівняння увійшли 30 пацієнтів з гонартрозом у період загострення, яким призначався диклофенак натрію у добовій дозі 150 мг (75 мг 2 рази на добу) упродовж 7 днів та «НБЛ Глюкозаміну 750 мг/Хондроїтину 600 мг» по 1 таблетці 2 рази на добу упродовж 60 днів.

Всі хворі були з початковими стадіями ОА (включно до другої стадії захворювання за класифікацією Kellgren та Lawrence).

Таблиця. Комплексна оцінка результатів проведеного лікування у динаміці					
Групи спостереження		До лікування		Через 7 дів	
		Основна (етодолак)	Контроль (диклофенак)	Основна (етодолак)	Контроль (диклофенак)
Параметри оцінки	Шкала WOMAC (середній показник, мм)	57,3±1,7	55,4±0,9	22,6±0,4*	28,2±0,7*
	Візуальна аналогова шкала болю (ВАШ), Huskisson	73,4±1,8	74,7±1,5	19,6±0,07**	28,9±0,4**
	Середній показник за шкалою Lysholm (у балах)	24,7±0,3	23,8±0,2	89,4±0,8**	73,6±0,3**
	Оцінка за шкалою Lysholm	відмінно	0%	0%	0%
добре**		0%	0%	76,7%	59,3%
задовільно**		64,3%	67,9%	18,3%	32,6%
незадовільно**		35,7%	32,1%	5,0%	8,1%
Шкала визначення рівня активності (у балах) (Tegner Activity Level scale)		2,8±0,2	2,7±0,3	7,9±0,1**	5,7±0,1*
Індекс Дойла**		27,8±0,3	28,2±0,3	12,6±0,6**	19,3±0,4*
Примітка: * p<0,05; ** p<0,01 при порівнянні до та після лікування.					

Примітка: * p<0,05; ** p<0,01 при порівнянні до та після лікування.

При клінічному оцінюванні результату лікування використовувались такі критерії та параметри, що рекомендовані для включення до дизайну клінічних досліджень у системах SADOA та EULAR:

- визначення тривалості скутості та оцінка виконання повсякденної діяльності за індексом WOMAC;
- оцінка болю за ВАШ;
- оцінка функціонального стану колінного суглоба методом підрахунку балів за шкалою Lysholm;
- оцінка рівня активності хворого за шкалою Tegner;
- оцінка припухлості (місцевого набряку) суглоба за індексом Дойла.

При оцінці ефективності лікування за індексом WOMAC у групі етодолаку достовірно засвідчено на 25% більший приріст позитивної динаміки у вигляді зменшення больового синдрому, ранкової скутості та функціональної активності.

Зниження інтенсивності больового синдрому за ВАШ у пацієнтів основної групи виявилось на 32,4% ефективнішим, ніж в групі порівняння (рис.).

Оцінка функціонального стану колінного суглоба за шкалою Lysholm в основній групі етодолаку показала достовірно (на 21,6%) кращий функціональний результат, ніж в групі диклофенаку.

Оцінка за шкалою Tegner засвідчила достовірно більше (на 27,8%) зростання активності в групі етодолаку.

Визначення індексу Дойла упродовж клінічного спостереження продемонструвало суттєво більше (на 36,4%) його зниження у пацієнтів основної клінічної групи.

Анальгетичний ефект етодолаку характеризувався швидким початком дії — через 30 хв, на відміну від диклофенаку натрію — через 2 год. Пацієнти, котрі приймали «Етол Форт», оцінили його переносимість як «добре» та «дуже добре».

Результати проведеного лікування та спостереження в клінічних групах засвідчили перевагу застосування етодолаку «Етол Форт» перед диклофенаком натрію, а також підтвердили високу ефективність та безпечність застосування препарату «Етол Форт» виробництва фармацевтичної компанії «Нобель». Клінічна ефективність лікування в основній групі спостереження за швидкістю знеболення, зменшення болю та набряку, зростанням функціональної активності хворих була достовірно кращою, ніж в групі диклофенаку. У зв'язку з цим етодолак «Етол Форт» можна рекомендувати для широкого застосування у лікуванні пацієнтів з больовими синдромами на тлі захворювань кістково-м'язової системи, перш за все при остеоартрозах.

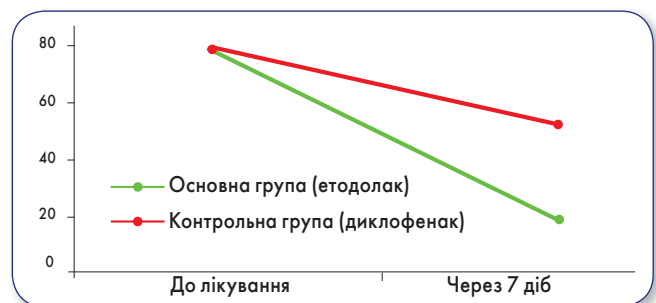


Рис. Оцінка болю за показниками VAS (Huskisson)

У комплексі з системним фармакологічним лікуванням ОА широко використовується метод локального інтра- та параартикулярного введення фармакологічних препаратів. Він спрямований на пригнічення активності місцевого запалення та уповільнення дегенеративно-дистрофічного процесу в суглобі. Найчастіше для навколосуглобового і внутрішньосуглобового введення при ОА використовують місцеві анестетики, глюкокортикоїди пролонгованої дії, хондропротектори, замінники синовіальної рідини.

Оскільки захворювання має прогресуючий характер, нерідко доводиться вирішувати питання про можливість оперативного лікування. Оперативні втручання можуть виконуватись з метою збереження неушкоджених ділянок хряща, забезпечення рівномірного навантаження на всі зони суглоба, відновлення конгруентності тощо.

На сьогодні багато оперативних втручань при ОА великих суглобів виконується артроскопічно. Зокрема, за допомогою артроскопії можна провести лаваж суглоба, видалення вільних хрящових та кістково-хрящових суглобових тіл, дебрідмент, шейверування, селективне видалення остеофітів, парціальну синовектомію.

При тяжких ураженнях суглобів методом вибору є операції з ендопротезування, тому є доцільним починати лікування на ранніх стадіях ОА, щоб попередити та призупинити ураження всіх елементів суглоба, в першу чергу суглобового хряща.

Таким чином, сьогодні у ортопедів є досить потужний арсенал методів лікування ОА, обґрунтоване поєднання яких, наприклад: ЦОГ-2 селективного НПЗП «Етол Форт», анальгетичний ефект якого характеризується швидким початком дії — через 30 хв, і хондропротектора «НБЛ Глюкозаміну 750 мг/Хондроїтину 600 мг», здатне позбавити больових відчуттів, зупинити чи сповільнити прогресування захворювання, покращити функціональні можливості та якість життя пацієнтів з ОА.



Р.п. № UA/3962/01/01 від 20.08.2015 до 20.08.2020

Підготував В'ячеслав Килимчук