

Кетонал®

Кетопрофен

Диклак®

Диклофенак натрію

НА ЗАХИСТІ ПАЦІЄНТА ВІД БОЛЮ ТА ЗАПАЛЕННЯ

- Швидка дія^{1, 2}
- Добовий контроль при одноразовому прийомі^{1, 2}
- Найбільший вибір форм і дозувань для лікування ваших пацієнтів³



1. Кетонал ДУО в леченні болевого синдрому. Данилов Ал.Б. "ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ. Неврология и Психиатрия" №1 | 2013
2. Новые возможности диклофенака с улучшенной фармакодинамикой. Яблучанский Н.И., Лысенко Н.В. Medicus Amicus N1 - 2, 2008
3. Інформація подана на підставі аналізу реєстра лікарських засобів www.drfg.kiev.ua

Відпускаються за рецептом, крім Диклак гель, який є безрецептурним препаратом. Інформація для спеціалістів охорони здоров'я. Лікарські засоби мають побічні реакції. Для докладної інформації дивись інструкцію для медичного застосування препарату. Ви можете повідомити про побічні реакції та/або відсутність ефективності лікарського засобу представника заявника за адресою/ телефоном: 03680, Київ, вул. Амосова, 12, (044) 495-28-66, www.sandoz.ua.

Кетонал® Р.П. № UA/8325/03/02, UA/8325/01/01, UA/8325/03/01, UA/8325/02/01
Диклак® РП UA/9808/01/01, UA/1202/03/01, UA/8908/01/01, UA 9808/02/01, UA 9808/01/02



SANDOZ
a Novartis company

Боли в спине: современный подход к диагностике и лечению

18-19 марта в Виннице состоялась конференция для практикующих врачей «Терапия 2015: достижения и перспективы», в ходе которой был затронут ряд актуальных терапевтических и междисциплинарных проблем, в том числе вопрос диагностики и лечения такого многоликого синдрома, как боль в спине.

Боль в спине занимает одно из лидирующих мест в обширном списке болевых синдромов и входит в перечень наиболее частых причин обращения пациентов в лечебно-профилактические учреждения различного профиля. В течение жизни острая боль в спине различной степени интенсивности возникает у 80-90% населения, примерно в 20% случаев отмечается периодическая рецидивирующая хроническая боль в спине продолжительностью от нескольких недель. Протокол обследования таких пациентов и его нюансы, а также вопросы рациональной терапии синдрома осветил **заведующий кафедрой нервных болезней с курсом нейрохирургии Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова, доктор медицинских наук, профессор Сергей Петрович Московко.**

— Согласно традиционной классификации, различают острую и хроническую боли в спине. Первая является острой сигнальной ноцицептивной реакцией, протекающей в виде эпизодов длительностью не более 3 мес. Хроническая боль, соответственно, продолжается более 90 дней, в большинстве случаев носит рецидивирующий характер и сопровождается нейропатическим компонентом. Важно отметить, что в 90% случаев боли в спине самостоятельно проходят в течение 6-12 нед, почти у 50% пациентов симптомы исчезают в течение 1-й недели после возникновения без применения какого-либо лечения, следовательно, излишний драматизм в подходах к диагностике и терапии данного синдрома не всегда уместен. Однако есть и обратная сторона медали: чем дольше пациент жалуется на непрекращающиеся боли в спине, тем меньше шансов на полное восстановление трудоспособности.

Что касается нозологической характеристики болей в спине, то статистически наиболее частой формой является механическая боль, гораздо реже встречаются такие подвиды алгии, как неопластическая, ревматологическая, эндокринологическая, психиатрическая и другие, более редкие, варианты. В 70% случаев этиологическим фактором боли в спине является поясничное мышечное напряжение, в 10% — дегенеративные изменения позвоночника, в 4% — грыжи дисков; 1% приходится на онкологические причины и проч.

С позиции клинического подхода различают 3 категории боли в спине. Мышечно-связочные нарушения, переломы, спондилит, инфекции, опухоли внепозвоночной локализации образуют категорию изолированной боли нижних отделов спины, встречающуюся в 93% случаев. Вторую категорию составляют корешковые синдромы (с частотой 4%), проявляющиеся в виде чистой радикулопатии или в сочетании с ассоциированными симптомами, третью — стеноз спинального канала (3% случаев). В соответствии с указанными категориями необходим дифференцированный подход к назначению терапии различным категориям пациентов. В случае изолированной боли в спине в простом варианте в соответствии с международными стандартами применяются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и миорелаксанты различными курсами, до 6 нед и более. В осложненных ситуациях, когда у пациента имеется ≥ 2 фактора риска (возраст старше 50 лет, онкопатология в анамнезе, инфекции, травмы, иммунодефицитные состояния), СОЭ > 20 мм/ч, показано диагностическое обследование (МРТ, СКТ).

Острая стреляющая боль с иррадиацией, сопровождающаяся онемением и парестезиями, усиливающаяся при кашле, чихании, маневре Вальсальвы, проявляющаяся мышечной слабостью и потерей рефлексов, чаще всего указывает на наличие корешкового синдрома, требующего консервативного лечения в течение 6 нед с последующим хирургическим вмешательством при неэффективности терапии. Следует неизменно критически относиться к результатам визуализирующих исследований в неврологии, поскольку, по данным М. Jensen (1995), у 52% асимптомных пациентов при обследовании имеют место выбухание дисков на различных уровнях, у 27% — признаки протрузии дисков, которые, естественно, не требуют чрезмерной осторожности лечащего врача, тем более срочного хирургического вмешательства.

Заподозрить спинальный стеноз поможет характер жалоб: боль сопровождается клаудикацией, парестезиями; исчезает в сидячем положении или при наклоне вперед;

возникает чаще всего у людей пожилого возраста. Лечение также возможно консервативное и оперативное — в объеме ламинэктомии после визуализации на МРТ, СКТ.

При боли в спине «красными флагами», требующими особого внимания врача, являются:

- травма в анамнезе;
- ночная боль в положении лежа, особенно при наличии онкопатологии в анамнезе;
- мочевая и кишечная дисфункции (недержание);
- общие симптомы (потеря массы тела, лихорадка, увеличение лимфоузлов);
- факторы риска развития спинальной инфекции;
- отсутствие эффекта от лечения в течение ≥ 1 мес;
- общая мышечная слабость.

Безусловно, при сборе анамнеза важно отмечать, кем, где и в каких условиях работает пациент, наличие у него неправильных моторных привычек, обращать внимание на патологические изменения осанки, присутствие симптома короткого плеча и проч.

Согласно современным рекомендациям ВОЗ, лечение боли в нижней части спины должно включать в себя:

- устранение причины боли (при наличии такой возможности);
- отдых на протяжении 2-5 дней (при острой боли с первых дней возникновения, при хронической — не показан);
- назначение НПВП и анальгетиков;
- применение миорелаксантов;
- использование местной терапии (мази, гели)
- иглорефлексотерапию;
- физические упражнения;
- адекватную физиотерапию;
- психологическую коррекцию;
- обучающие программы для работы с пациентами.

Как видим, в консервативном лечении любой из форм боли в спине лидерами являются НПВП. В последние годы арсенал НПВП значительно расширился. Требования к препарату выбора по-прежнему строги: максимальная эффективность, минимум побочных реакций, адекватная стоимость, удобство применения, производитель с положительной репутацией. Необходимо также учитывать современные принципы назначения НПВП, которые заключаются в использовании минимальной эффективной дозы препарата, приеме одновременно не более одного НПВП, оценке клинической эффективности уже через 5-7 дней от начала терапии, а также возможности отмены препарата после купирования боли. Следует стремиться к полному и раннему устранению боли, активному вовлечению пациента в процесс лечения и реабилитации, обучению его методам профилактики обострения.

Одним из хорошо зарекомендовавших себя препаратов является кетопрофен (Кетонал®, «Сандоз»), производное пропионовой кислоты. Особенностью его противовоспалительного действия является не только ингибирование синтеза простагландинов на уровне циклооксигеназы (ЦОГ). Он также ингибирует липоксигеназу, подавляет активность брадикининов, стабилизирует лизосомальные мембраны. При приеме внутрь препарат быстро абсорбируется из желудочно-кишечного тракта. Максимальная концентрация в крови достигается через 1-2 ч. Кетонал® хорошо проникает в синовиальную жидкость и соединительную ткань. Значимые концентрации достигаются уже через 15 мин после однократного внутримышечного введения 100 мг кетопрофена. Важным преимуществом препарата является то, что он представлен в различных лекарственных формах: капсулы, таблетки форте, ретард, раствор для внутримышечных инъекций, гель и суппозитории.

Кетонал® обладает сбалансированной активностью в отношении ингибирования ЦОГ-1 и ЦОГ-2, что позволяет оптимально сочетать высокую эффективность с хорошей переносимостью, по данным ряда авторов, сравнимой с таковой селективных НПВП.

Исследователи связывают мощный обезболивающий эффект Кетонала с его воздействием на уровне задних рогов спинного мозга и непосредственным влиянием на таламические центры болевой чувствительности, что,



С.П. Московко

по-видимому, ассоциировано с угнетением синтеза простагландинов в ЦНС. Анальгетическое действие кетопрофена находится практически на одном уровне с соответствующим показателем для морфина. По сравнению с декскетопрофеном Кетонал® обладает в 1,5 раза более мощной анальгезирующей активностью при сопоставимом профиле безопасности. Вероятность развития желудочно-кишечного кровотечения при приеме кетопрофена в 8 раз ниже, чем при терапии кеторолаком. При выборе НПВП для лечения пациентов с сопутствующей артериальной гипертензией, особенно лиц пожилого возраста, следует отдавать предпочтение именно Кетоналу, так как препарат обладает коротким периодом полураспада, характеризуется меньшим влиянием на уровень артериального давления и проводимую гипотензивную терапию, чем т. н. классические НПВП.

При выборе препарата для терапии пациента, нуждающегося в приеме максимально щадящей формы НПВП, следует обратить внимание на Кетонал® Duo. Это инновационный продукт на фармацевтическом рынке, отличающийся максимальным удобством приема — 1 капсула 1 р/сут. Кетонал® Duo представляет собой капсулы, содержащие 150 мг активного вещества, заключенного в белые и желтые пеллеты, обладающие соответственно быстрым и медленным высвобождением, что обеспечивает оперативное наступление обезболивающего эффекта с пролонгированием его на сутки.

Таким образом, препарат Кетонал® зарекомендовал себя как высокоактивное противовоспалительное средство. При этом он демонстрирует хорошую переносимость не только в лечении острых приступов, но и при длительной терапии воспалительных процессов, в том числе у лиц пожилого возраста.

Одним из наиболее популярных на сегодня и часто назначаемых НПВП в мировой клинической практике остается диклофенак. С момента его регистрации более 1 млрд человек получили лечение диклофенаком. В ТОП-10 самых продаваемых лекарственных препаратов диклофенак занимает 8-е место (T.J. Gan, 2010). Терапевтическое действие диклофенака связано с угнетением синтеза циклооксигеназы и ингибированием синтеза простагландинов; в большей степени он воздействует на изофермент ЦОГ-2. Вследствие малого влияния на ЦОГ-1 диклофенак в 2 раза реже, чем ацетилсалициловая кислота, вызывает эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта. Есть данные, свидетельствующие, что диклофенак обладает также центральной анальгетической активностью, связанной с влиянием на опиоидные рецепторы.

По большому счету, диклофенак не нуждается в представлении, это давно известный врачам и пациентам препарат с уникальными свойствами. Инновации последних лет касаются усовершенствования формы выпуска средства. Заслуживающим вниманием является препарат с модифицированным высвобождением Диклак® ID («Сандоз»), обеспечивающий одновременно быстрое и пролонгированное действие, за счет чего обезболивающий эффект наступает уже через 15 мин после приема и продолжается 24 ч. Средство доступно в дозировках 75 и 150 мг.

После внедрения диклофенака в клиническую практику прошел уже 41 год, однако препарат остается золотым стандартом, с которым сравнивают все новые НПВП. Разнообразие лекарственных форм препарата, доступная цена позволяют подобрать оптимальную терапию максимально широкому кругу пациентов.

Главная задача для врача — выбрать правильный подход: взвешивать — к диагностике, щадящий — к лечению, индивидуальный — к пациенту. В случае с болью в спине такая тактика позволяет предотвратить трансформацию острой алгии в хроническую, уменьшить частоту и выраженность обострений, сократить сроки временной нетрудоспособности и улучшить качество жизни пациентов.

Подготовила **Александра Меркулова**

3-02-АНП-РЕЦ-0415

