

Остеоартроз: оптимізація лікування

За матеріалами науково-практичної конференції «Ревматологічні хвороби – сучасні проблеми лікування та забезпечення моніторингу», 31 жовтня – 1 листопада, м. Київ

У рамках заходу, організованого Асоціацією ревматологів України, значна увага приділялася міждисциплінарним проблемам. Найважливішою та найпоширенішою з них, безумовно, є остеоартроз (ОА) – захворювання, лікуванням якого займаються як ревматологи, так і представники багатьох інших спеціальностей, зокрема ортопеди-травматологи, терапевти, сімейні лікарі. Діагностика ОА та ведення пацієнтів із цією патологією активно та докладно обговорювалися під час конференції.



Завідувач відділення ревматології з Центром імунобіологічної терапії Запорізької обласної клінічної лікарні, доктор медичних наук Дмитро Геннадійович Рекалов присвятив доповідь можливим альтернативним рішенням у стратегіях лікування ОА.

– Поза сумнівом, ОА – найпоширеніша форма ураження суглобів, що наразі є головним чинником

інвалідизації населення в усьому світі. ОА – це хронічне дегенеративне захворювання суглобів, яке зазвичай виникає в зрілому та похилому віці й характеризується деструкцією й ерозивними змінами суглобового хряща. За аналогією з атеросклерозом, який уражає судини, ОА є універсальним маркером старіння хряща та кістки. Донедавна ОА розглядали як захворювання, що спричиняє патологічні зміни тільки в суглобовому хрящі. Нині запропонована концепція ОА як захворювання з ушкодженням усього суглоба, а не лише його окремих структур. Згідно з даними офіційної статистики, розповсюдженість ОА в Україні становить 2515,7 випадку на 100 тис. населення, захворюваність – 527,0 випадків на 100 тис. населення. Показник первинної інвалідизації дорослого населення внаслідок ОА дорівнює 0,6 на 10 тис. осіб, працездатного населення – 0,7 на 10 тис. осіб.

У підходах до діагностики, терапії та спостереження хворих на ОА останнім часом відбуваються парадигмальні зміни. Україн необхідно чітко визначити ключові мішені та конкретні цілі лікування ОА, подібно до тих, що загальновідомі для таких захворювань, як цукровий діабет (ЦД), артеріальна гіпертензія (АГ), ревматоїдний артрит тощо. Також потрібні додаткові рекомендації щодо лікування в пацієнтів з ОА інших патологічних станів, не пов'язаних з ураженням опорно-рухового апарату. На жаль, понад 50% хворих на ОА мають ті чи інші супутні захворювання.

Оновлений алгоритм ведення пацієнта з ОА колінних суглобів, нещодавно представлений експертами Європейського товариства з клінічних та економічних аспектів остеопорозу та остеоартрозу (ESCEO, Bruyere O. et al., 2019), першим кроком базисної терапії пропонує застосовувати нефармакологічні підходи: навчання пацієнтів, зміну способу життя, зниження маси тіла, фізичні вправи. Крім того, на першому етапі як засоби медикаментозного лікування рекомендується застосовувати препарати на основі глюкозаміну та/або хондроїтину, а також топічні нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) або капсаїцин. За недостатньої ефективності базисного лікування переходять до засобів удосконаленого фармакологічного контролю: призначають пероральні селективні та неселективні НПЗП (з обов'язковим урахуванням факторів ризику), а також внутрішньосуглобове введення гіалуронової кислоти та/або кортикостероїдів (КС). Останні спроби фармако-терапії, до яких вдаються при збереженні стійкої симптоматики попри всі вищевказані заходи, включають призначення опіоїдів короткої дії та дулоксетину. На пізніх стадіях хвороби за неможливості досягти покращення клінічного стану виконують оперативне втручання (тотальна заміна суглоба), призначають опіоїдні анальгетики та використовують допоміжні засоби для полегшення пересування і зменшення навантаження на суглоби (милиці, ортези тощо).

Особливу увагу слід звертати на своєчасну корекцію коморбідних станів у пацієнтів з ОА, насамперед на порушення з боку центральної нервової системи (ЦНС). Вважається, що ОА може розглядатися як стан зі змішаним хронічним боєм, що потребує специфічних індивідуалізованих підходів до лікування. Хоча ОА історично асоціювався з периферичним боєм, пов'язаним з ураженням суглобів і запаленням, наразі вважається, що ОА може розглядатися як стан зі змішаним хронічним боєм. Зокрема, деякі дослідники припускають, що зниження порога больової

чутливості та збудження чи сенситизація ЦНС можуть впливати на тяжкість ОА, а отже, це потребує специфічних індивідуалізованих підходів до лікування. Критичне значення для хворих на ОА має контроль маси тіла. Показано, що пацієнти середнього віку з ОА мають у 5 разів вищий показник захворюваності на метаболічний синдром (Puenpatom R.A. et al., 2009). У хворих на ОА, не пов'язаних з ожирінням, компоненти метаболічного синдрому (ЦД, АГ чи дисліпідемія) можуть спільно чи самостійно впливати на патофізіологію основного захворювання (Alberti K.G. et al., 2005). Дуже поширеною проблемою є коморбідність ОА та серцево-судинної патології. Встановлено, що порівняно зі здоровими людьми пацієнти з ОА мають на 26% підвищений ризик кардіоваскулярних захворювань (Rahman M.M., 2013), а біль у колінному суглобі є одним із предикторів кардіоваскулярної смерті (Kluzek S., 2016). Відомою всім клініцистам та дуже поширеною серед пацієнтів з ОА проблемою є НПЗП-індуковані гастропатії, пов'язані із широким використанням цих засобів.

Поряд з оновленим алгоритмом ESCEO з ведення пацієнтів з ОА колінного суглоба в травні поточного року в рамках щорічного заходу Міжнародного товариства з вивчення остеоартрозу (OARSI) також були представлені нові рекомендації (McAlindon T., 2019). Оновлені настанови OARSI охоплюють питання пацієнт-орієнтованого лікування 3 основних фенотипів ОА: ОА колінного суглоба, ОА кульшового суглоба та поліартикулярного варіанту ОА. Крім того, в документі розглядається індивідуалізоване лікування з урахуванням приналежності пацієнта до тієї чи іншої групи коморбідності: відсутність супутньої патології, гастроінтестинальні ураження, кардіоваскулярна патологія, остеопороз, розповсюджена больова патологія (фіброміалгія та/або депресія). В останній версії рекомендацій особливу увагу привертає той факт, що ацетамінофен (парацетамол), який тривалий час розглядався як базисний препарат першої лінії, не був рекомендований більшістю експертів для будь-якого фенотипу ОА чи групи коморбідності.

Традиційно дискусійним питанням є вибір хондропротекторів, які доцільно застосовувати при ОА. В оновленому алгоритмі ESCEO (Bruyere O. et al., 2019) наголошується, що серед усіх доступних препаратів глюкозаміну та хондроїтину може бути чітко рекомендовано застосування рецептурних препаратів глюкозаміну та хондроїтину, які мають фармацевтичний ступінь чистоти та відповідну доказову базу. При цьому відомо, що хондроїтин може впливати на абсорбцію глюкозаміну, знижуючи його біодоступність на 50-75% (Altman R.D., 2009). Через це комбінація глюкозаміну та хондроїтину може бути не рекомендована до застосування на першому етапі реалізації алгоритму базисної терапії (слабка рекомендація). Дані досліджень фармакокінетики дійсно демонструють, що хондроїтинсульфат може впливати на абсорбцію глюкозаміну (Persiani S., 2005). Незважаючи на цю інформацію, отриману в ході досліджень за участю здорових добровольців, дані рандомізованих контрольованих досліджень (GAIT, 2006; MOVES, 2016; Fransen M. et al., 2015) підтверджують вищу ефективність саме комбінованого (хондроїтинсульфат + глюкозамін) лікування в плані зменшення болю порівняно з монотерапією хондроїтином чи глюкозаміном. При цьому структурно-модифікуючий ефект комбінації хондроїтинсульфату та глюкозаміну також був більш вираженим, ніж при монотерапії хондроїтином чи глюкозаміном (Fransen M. et al., 2015).

Важливі висновки щодо ефективності комбінованого застосування хондроїтину та глюкозаміну були зроблені й у ході нещодавнього масштабного метаналізу C. Zeng і співавт. (2015), до якого було включено 54 клінічні дослідження за участю загалом 16 427 пацієнтів з ОА колінного суглоба. Завданням метааналізу було оцінити ефективність і безпеку глюкозаміну, хондроїтину, їх комбінації або целекоксибу в лікуванні ОА колінного суглоба в порівнянні з відповідними показниками для плацебо. Автори дійшли

висновку, що лише комбінація глюкозаміну та хондроїтину продемонструвала клінічно достовірне покращення функції суглоба порівняно з вихідним станом; тобто цей аналіз надав докази симптоматичної ефективності зазначеної комбінації. Слід також зауважити, що ефективність і високий профіль безпеки комбінації глюкозаміну та хондроїтину (на прикладі відомого препарату Терафлекс®) у хворих на ОА колінного суглоба були неодноразово підтверджені й у дослідженнях українських учених.

За влучним висловом президента ESCEO, керівника відділу метаболізму кісткової та хрящової тканини Університету м. Льеж (Бельгія), професора Жана-Іва Реджинстера, «...за наявності протиріч у терапевтичних рекомендаціях практикуючому лікарю варто використовувати свій клінічний досвід для розроблення плану лікування, узгодженого з пацієнтом». Цей підхід наразі видається оптимальним у вирішенні питання про призначення та вибір симптоматичних препаратів сповільненої дії для лікування ОА (SYSADOA), які протягом тривалого часу використовуються ревматологами в реальній клінічній практиці з метою впливу як на больовий синдром, так і на прогресування цього захворювання.



У виступі головного лікаря медичного центру «Клініка сучасної ревматології» (м. Київ), кандидата медичних наук Семена Христофоровича Тер-Вартаняна було висвітлено роль немедикаментозних методів у комплексному лікуванні ОА.

– У рекомендаціях усіх профільних товариств з лікування ОА (ESCEO, OARSI, EULAR та ін.) провідні позиції відведено навчанню хворих і немедикаментозним методам. На жаль, учені та клініцисти приділяють цим підходам значно меншу увагу, ніж фармакотерапії, хоча немедикаментозне лікування є вкрай актуальним і доступним для використання в реальній практиці. У науковій літературі, присвяченій ОА, превалює думка про складний запальний генез загибелі хряща в процесі розвитку дегенеративної патології суглобів, однак повністю ігнорується така першопричина, як гіпотрофія/атрофія та дисбаланс функціонування м'язів сегмента з формуванням нестабільності суглоба та його інтермітуючої макро- або мікроконгруентності (Sofat N. et al., 2011; Doerti M., 1993).

Основним симптомом ОА, що змушує пацієнта звернутися за спеціалізованою допомогою, безумовно, є біль. Часто виявляється невідповідність тяжкості клінічних і рентгенологічних проявів захворювання, яка пояснюється особливостями формування та іррадіації болю при патології суглобів. Залучення до патологічного процесу не тільки внутрішньосуглобових і періартикулярних тканин, а й кістково-м'язового та сухожилково-зв'язкового апарату всієї нижньої кінцівки зумовлює багатофакторність формування больового синдрому та необхідність комплексного підходу до складання програм реабілітації.

Наскільки різноманітними можуть бути причини виникнення больового синдрому при ОА, можна наочно побачити на прикладі ОА колінних суглобів. Найпоширенішою причиною, безперечно, є синовіт, але біль також може бути спричинений формуванням остеофітів, ураженням тканин, що оточують суглоб (зв'язок, капсули, жирових подушок), гіпотрофією чотирьохголового м'яза стегна з формуванням нестабільності суглоба, спазмом навколишніх м'язів, підвищенням внутрішньокісткового тиску у зв'язку з венозним застоєм, механічним тиском на оголену кістку тощо.

Стратегія і тактика лікування ОА передбачає комплексний вплив на всі етіопатогенетичні ланки процесу та клінічну симптоматику захворювання для досягнення максимально можливих результатів. Методи лікування ОА, що існують на сьогодні, є недостатньо ефективними, чинять короточасну дію, потребують постійного контролю ризику розвитку побічних ефектів та ускладнень використовуваних методів. Вищевикладене робить актуальним удосконалення лікувально-реабілітаційних заходів при ОА, зокрема фізіотерапії, що дозволить підвищити ефективність лікування, оптимізувати терміни реабілітації та покращити якість життя пацієнтів.

На перший план при складанні лікувальних програм виходять немедикаментозні методи: це фізичне навантаження, засоби фізичної та мануальної терапії, масаж. Обов'язковими компонентами є різні засоби ортопедичної корекції, що використовуються вже на ранніх стадіях ОА, і, за необхідності, допоміжні пристрої. При цьому справедливо вважається, що якість реабілітації з включенням в неї вищезазначених немедикаментозних методів забезпечує щонайменше 50% успіху артропластики, а при консервативному лікуванні – визначає тривалість ремісії та сповільнення прогресування захворювання. Включення в програми лікування пацієнтів з ОА фармакотерапії здійснюється при недостатній ефективності немедикаментозних заходів. Ізольоване застосування фармакопрепаратів не забезпечує стійкого клінічного результату, оскільки не створює умов для полегшення функціонування суглоба.

Отже, на докладний розгляд заслуговують декілька широко вживаних нині методів немедикаментозного лікування ОА. Одним з найпоширеніших і найдоступніших з них є масаж. Він відновлює фізичну працездатність, покращує функціональний стан нервово-м'язового та суглобово-зв'язкового апарату, дозволяє усунути рефлекторний м'язовий спазм, активізувати кровообіг у тканинах суглобів, ліквідувати лімфеновний спазм і нормалізувати внутрішньокістковий тиск. Під впливом масажних процедур підвищуються еластичність, тонус і скоротливість м'язів, усувається м'язова атрофія. Усе більшого визнання фахівців набуває й такий сучасний метод, як електроіоїстимуляція (ЕМС), що передбачає застосування імпульсних токів різної форми та частоти для відновлення функції ураженого нервово-м'язового апарату. ЕМС дещо схожа на «гімнастику для ледачих»: людина не рухається, але її м'язи працюють. За допомогою наскірних електродів на нервові закінчення подається імпульс, і м'язи починають активно скорочуватися. Цей метод може успішно використовуватися не тільки в лікувальних закладах, а й у домашніх умовах. На сьогодні розроблено багато програм ЕМС, розрахованих на усунення болювого синдрому в ділянці суглоба. Згідно з результатами метааналізу 27 РКД (Zeng S. et al., 2015), більш високою ефективністю щодо усунення болювого синдрому при ОА колінних суглобів характеризуються інтерференційні токи.

Ефективність немедикаментозного лікування ОА підвищується при поєднанні різних методів. Так, Y.G. Park і співавт. (2013) у ході порівняльного дослідження продемонстрували достовірно вищу ефективність курсу вібраційного масажу в поєднанні з фізичними вправами порівняно із застосуванням лише вправ. Дещо пізніше P. Wang і співавт. (2016) довели більшу ефективність застосування вібраційної платформи та фізичних вправ для укріплення чотирьохголового м'яза стегна, ніж окремого курсу фізичних вправ.

Сучасним неінвазивним методом фізіотерапії, що заснований на перетворенні електромагнітних коливань в акустичні хвилі інфразвукового діапазону, є екстракорпоральна ударно-хвильова терапія (ЕУВТ). ЕУВТ зменшує біль, активізує мікроциркуляцію та неогенез, чинить протизапальну дію, стимулює синтез волокон хряща. Позитивний вплив ударної хвилі на сполучнотканинну структуру, кісткову, м'язову та хрящову тканини створює вагомі передумови для включення ЕУВТ у програми лікування ОА. Ефективність ЕУВТ у терапії ОА відзначали в дослідженнях K. Jin-Hong і співавт. (2015) та Z. Zhao і співавт. (2013).

Одним з основних методів, із застосування якого слід розпочинати лікування хворих на ОА, є освітні програми, котрі можуть мати форму індивідуальних бесід або групових зустрічей у форматі шкіл для профільних пацієнтів. У рамках цих заходів пацієнтів з ОА слід навчити:

- правильним стереотипам повсякденних рухів, що знижують навантаження на суглоби (обмежити рухи, пов'язані з підвищеним навантаженням на суглобовий хрящ, уникати фіксованих поз, чергувати періоди рухової активності з періодами спокою, розвантажувати суглоби ніг у положенні лежачи або сидячи тощо);
- щоденній лікувальній гімнастиці, самомасажу;
- правилам застосування індивідуально підібраних ортопедичних пристроїв (устілок, ортезів, ціпків, милиць);
- вибору зручного (без підборів) взуття;
- способам контролю маси тіла;
- розумінню сутності захворювання та обґрунтованості довготривалої терапії хондропротекторами.

Отже, включення фізіотерапевтичних засобів у програму реабілітації ОА спрямоване на досягнення анальгетичного, протизапального та репаративно-регенеративного ефектів, відновлення функціональної активності уражених суглобів і, як наслідок, підвищення якості життя пацієнтів. R. Brakke і співавт. (2012) відзначають, що більшу ймовірність позитивної відповіді на застосування методів фізіотерапії для лікування ОА мають пацієнти з легкими формами захворювання.

Солідну доказову базу в комплексному лікуванні ОА кульшових і колінних суглобів має лікувальна фізкультура (ЛФК). Спеціальні вправи, підібрані інструктором із ЛФК, мають виконуватися регулярно та лише в період ремісії, при цьому вони не повинні викликати біль. Беззаперечними перевагами ЛФК є її здатність збільшувати об'єм рухів у суглобах, знижувати м'язовий тонус, покращувати кровообіг і живлення хряща в ураженому суглобі. ЛФК зменшує біль, робить пацієнта більш мобільним і покращує якість його життя. Є дані про те, що ефективність ЛФК підвищується за умови поєднання регулярного виконання вправ із прийомом хондропротекторів. Так, у дослідженні S.G. Petersen і співавт. (2010) вивчалися зміни рівнів олігомеричного протеїну хрящової матриці (cartilage oligomeric matrix protein – COMP) у плазмі крові та С-телопептиду колагену II типу в сечі (C-telopeptide of type-2 collagen – СТХ-II) як маркерів метаболізму хрящової тканини в пацієнтів з ОА колінного суглоба під впливом ЛФК у поєднанні з глюкозаміном, ібупрофеном або плацебо. Було продемонстровано, що рівень COMP у плазмі крові достовірно знижувався за 12 тижнів силових тренувань на тлі прийому глюкозаміну. Це підтверджує сприятливий вплив хондропротекторів на метаболізм хрящової тканини в умовах фізичних навантажень у хворих на ОА колінного суглоба. У 2016 р. також були надруковані результати дослідження J.P. Raynauld і співавт. (2016), присвяченого вивченню довготривалих ефектів глюкозаміну та хондроїтинсульфату на прогресування структурних змін у колінному суглобі при ОА. Тривалий

період спостереження (6 років) показав, що терапія комбінацією глюкозаміну та хондроїтинсульфату сприяла достовірному зниженню втрати об'єму хряща, що доводить її структурно-модифікуючий ефект.

На фармринку України представлені високоякісні хондропротекторні препарати під торговою маркою Терафлекс®, що містять комбінації глюкозаміну з хондроїтинсульфатом, а також з НПЗП. Так, до складу препарату Терафлекс® входять глюкозаміну гідрохлорид 500 мг і хондроїтинсульфат 400 мг, його приймають по 1 капсулі тричі на добу. У складі препарату Терафлекс Адванс® до глюкозаміну сульфату 250 мг і хондроїтинсульфату 200 мг додано ібупрофен 100 мг. Терафлекс Адванс® призначається по 2 капсули 2-3 рази на добу. Наш клінічний досвід вказує на безперечну доцільність поєднання медикаментозної терапії препаратами Терафлекс Адванс® та Терафлекс® із програмою ЛФК. Схема такого комплексного лікування передбачає призначення препарату Терафлекс Адванс® (2 капсули 3 рази на добу) з 1-го по 3-й тиждень, а з 4-го тижня – початок активної ЛФК та перехід на прийом препарату Терафлекс® по 1 капсулі тричі на добу. Рекомендована тривалість підтримувального лікування із застосуванням препарату Терафлекс® має становити не менш ніж 6 міс.

Таким чином, комплекс лікувальних і реабілітаційних заходів при ОА має включати в себе фізіотерапевтичні методи, масаж, ЛФК, вплив на тканини, що оточують суглоб, а також тривалий прийом хондропротекторів.

Підготувала **Ангела Томічева**

ТЕРАФЛЕКС®

ПОСЛІДОВНЕ ЛІКУВАННЯ ОСТЕОАРТРОЗУ



ПОСИЛЕНА ЗНЕБОЛЮЮЧА ДІЯ



1-й КРОК ВПРОДОВЖ ПЕРІОДУ ЗАГОСТРЕННЯ

- Терафлекс Адванс® по 2 капсули 3 рази на добу після прийому їжі



2-й КРОК БАЗИСНА ТЕРАПІЯ І ПРОФІЛАКТИКА ЗАГОСТРЕНЬ (2-6 місяців та більше)

- Терафлекс® по 3 капсули на добу



theraflex.com.ua

*До складу Терафлекс Адванс на відміну від Терафлекс, окрім глюкозаміну та хондроїтину, входить ібупрофен.
Реклама лікарського засобу для розміщення в спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів.
РП Терафлекс® №UA/7749/01/01 від 17.01.2018. Терафлекс Адванс® №UA/4142/01/01 від 04.12.2015. ТОВ «Байер», вул. Верхній Вал, 4-Б, тел. 044 220 33 00
L.UA.MKT.CH.10.2018.0317.