СУЧАСНА ФАРМАКОТЕРАПІЯ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ

Кіреєв І.В[1]., Жаботинська Н.В[1]., Бакуменко М.Г[2].,
Книженко І.Б[2]., Гарбуз Н.В[2]., Пугачова М.В[2]., Кладько Е.А[2]
Національний фармацевтичний університет[1], м. Харків
КЗОЗ «Харківська міська студентська лікарня»[2], м. Харків

В усьому світі близько 2 млн. осіб хворіють на розсіяний склероз (РС). В Україні РС посідає друге місце серед інвалідизуючих хвороб нервової системи. Захворюваність в Україні складає 3,4 на 100 тис. населення. Діагностується у віці від 20 до 40 років і зустрічається в 2-3 рази частіше у жінок, ніж у чоловіків.

В 2016 році Наказом МОЗ України були затверджені Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: розсіяний склероз та Розсіяний склероз адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Сучасний підхід до фармакотерапії РС включає патогенетичну терапію, лікування гострих рецидивів та симптоматичне лікування. Патогенетична фармакотерапія спрямована на модифікацію перебігу захворювання, застосовується з метою попередження рецидивів і, в кінцевому рахунку, зменшення накопичення інвалідизації. Патогенетична фармакотерапія складається з препаратів першої та другої лінії. До першої лінії відносяться препарати з груп цитокінів та імуномодуляторів і інтерферонів до другої лінії відносяться препарати з груп моноклональних антитіл, селективних імуносупресантів, аналогів сфінгозину. Серед цитокінів та імуномодуляторів рекомендований глатирамеру ацетат по 20 мг щодня або по 40 мг два рази на тиждень п/ш. Для фармакотерапії рецидивуючо-ремітуючого РС рекомендований інтерферон бета-1-альфа (для в/м введення). Для фармакотерапії як рецидивуючо-ремітуючого, так і для вторинно-прогресуючого РС рекомендовані інтерферон бета-1-альфа та інтерферон бета-1-бета (для п/ш введення). У разі недостатнього ефекту лікування засобами першої лінії хворим з рецидивуючо-ремітуючим РС: якщо прийом лікарського засобу першої лінії протягом року курс лікування не показав терапевтичного ефекту; при високій активності (агресивному) перебігу рецидивуючо-ремітуючого РС; для фармакотерапії хворих із вторинно-прогресуючим РС переходять до препаратів другої лінії. З групи моноклональних антитіл рекомендований наталізумаб по 300 мг кожні 4 тижні в/в. Згідно Европейських протоколів з цієї групи також рекомендовані препарати алемтузумаб та даклизумаб, які на сьогодняшній час не зареєстровані в Україні. Серед селективних імуносупресантів рекомендовані теріфлуномід, диметилфумарат (обидва препарати не зареєстровані в Україні) та мітоксант-

рон в дозі 12 мг/м^2 в/в 1 раз у 3 місяці при вторинно-прогресуючому РС та при активному перебігу рецидивуючо-ремітуючого РС.

Загострення РС визначається як поява нових симптомів або посилення вже існуючих симптомів, обумовлених демієлінізуючим захворюванням, які утримуються протягом більш ніж 24-х годин, після попереднього покращення або стабільності неврологічного статусу протягом принаймні 30 днів від початку попереднього рецидиву за відсутності інфекції, підвищення температури тіла або значущого порушення метаболізму. Фармакотерапія загострення РС спрямована на відновлення неврологічного дефіциту, який виникнув під час загострення. Для фармакотерапії загострення РС рекомендовані пульс-терапія гормональними засобами та проведення плазмаферезу. До початку пульс-терапії глюкокортикостероїдами (ГКС) слід визначити рівень глюкози у крові та сечі, рівень калію і натрію в сироватці крові, за наявності виразкового анамнезу та диспепсії з метою запобігання шлунково-кишкової кровотечі провести езофагогастродуоденоскопію, виміряти артеріальний тиск, пульс, температуру тіла. Проводиться пульс-дозами метилпреднізолону в/в з розрахунку 10-30 мг/кг/добу (максимальна добова доза 1000 мг) щодня протягом 3-5 днів. Якщо симптоми розв'язалися протягом 3-х днів, то фармакотерапія припиняється. Якщо неврологічний дефіцит зберігається після закінчення курсу пульс-терапії метилпреднізолоном, то через 2 тижні може бути запропонований повторний курс пульс-терапії протягом 3-х днів. Терапію (ГКС) необхідно проводити до 12:00 дня з профілактикою можливих побічних ефектів. Для профілактики розвитку ульцерогенного ефекту під час проведення пульс-терапії (ГКС) призначають блокатори протонної помпи: омепразол 20 мг 1 р/д, пантопразол 40 мг 2 р/д. На час застосування пульс-терапії пацієнту призначають дієту, збагачену калієм (курага, родзинки, горіхи кедрові, мигдаль, арахіс, картопля в мундирі) та/або препарати калію (магнію аспарагінат + калію аспарагінат). У відповідності до Европейських рекомендацій плазмаферез розцінюють як «ймовірно ефективний» для лікування другої лінії рецидивів загострень РС у пацієнтів, які не реагують на кортикостероїди.

Симптоматична фармакотерапія спрямована на зменшення симптоматики та ускладнень, які впливають на функціональні можливості та якість життя пацієнтів з РС. Симптоматична фармакотерапія включає в себе лікарські засоби по усуненню спастичності, депресії, запаморочення, атаксії, тремору, синдрому хронічної втомлюваності, когнітивних розладів, тазових розладів.

Таким чином сучасна фармакотерапія РС дозволяє досягти контролю над рецидивами захворювання, або максимально зменшує їх частоту та враженість при мінімальних побічних діях.