

**АНАЛІЗ СУЧАСНОГО АСОРТИМЕНТУ ЛІКІВ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ
У ПАТОГЕНЕТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ ОСТЕОАРТРОЗУ**

Панфілова Г. Л., Чернуха В. М., Хіменко С. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Кафедра організації та економіки фармації

panf-al@ukr.net

За офіційними даними ВООЗ остеоартроз (ОА) є найпоширенішою патологією, що вражає кістково-м'язову систему людини. Важливими соціально-економічними наслідками даного захворювання є інвалідизація та істотне зниження якості життя (ЯЖ) хворих. В умовах підвищення рівня соціальних стандартів у суспільстві питання ефективного лікування ОА та реабілітації хворих постають як найактуальніші [1, 2]. У 2003 р. Європейська антиревматична ліга (The European League Against Rheumatism – EULAR) рекомендувала застосування у патогенетичному та симптоматичному лікуванні ОА хондропротекторні препарати (ХП). Використання у лікуванні хронічних хворих на ОА ХП протягом тривалого часу потребує залучення чималих коштів, що за умов перманентного дефіциту фінансових ресурсів у вітчизняній моделі бюджетної медицини є вкрай проблематичним. [3, 4]. За цих умов саме висококваліфіковані фармацевти можуть надати хворим на ОА ефективну допомогу щодо збереження та підтримки ЯЖ. Зазначене й обумовило мету досліджень.

Основна мета досліджень – у узагальнення світового досвіду застосування у патогенетичному лікуванні ОА препаратів з різних фармакотерапевтичних груп. Об'єктом дослідження були обрані дані спеціальної літератури, зокрема рекомендації всесвітніх організацій, що займаються питаннями координації дії стосовно підвищення ефективності надання хворих на ОА медичної та фармацевтичної допомоги [1-2, 4]. Крім цього, нами використовувалися дані вітчизняних протоколів надання первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та реабілітації хворих на АО (шифр згідно МКХ10: М15-М19, М47). Всі положення уніфікованого клінічного протоколу спрямовані на створення єдиної комплексної та ефективної системи надання медичної допомоги, побудованої на доказах, пацієнтам з ОА та охоплюють усі етапи та заходи спрямовані на попередження, своєчасне виявлення даного захворювання та адекватне лікування. Їх застосування дозволяє суттєво поліпшити ЯЖ пацієнтів та зменшити витрати на медичну та фармацевтичну допомогу.

Остеоартроз (ОА) – хронічне дегенеративне захворювання синовіальних суглобів, що характеризується первинною або вторинною дегенерацією суглобового хряща з наступним розвитком реактивного синовіту, зміною властивостей субхондральної кісткової тканини. У міжнародній статистичній класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я десятої редакції (МКХ-10) ОА різної локалізації віднесено до розділу М 15 – М 19. Вперше клінічно обґрунтовані та систематизовані рекомендації відносно фармакотерапії ОА були опубліковані Американським інститутом ревматології у 1995 р. За думкою провідних фахівців з ревматології, основною метою лікування ОА була й залишається ліквідація болю, збереження й покращення функції суглобів, боротьба з прогресуванням захворювання та функціональними порушеннями [1-2, 4]. За результатами систематизації даних сучасної літератури нами встановлено, що всі ЛЗ, що рекомендовані EULAR та OARSI для лікування ОА розподіляються на дві групи: швидкодіючі препарати симптоматичної терапії (анальгетичні препарати, НПЗЗ, глюкокортикостероїдні ЛЗ, міорелаксанти); повільнодіючі ЛЗ, що модифікують перебіг захворювання (Symptoms modifying antiosteoarthritis drugs – SMOADs) [1-2]. До останніх ЛЗ належать глюкозаміна сульфат (ГС), хондроїтину сульфат (ХС), неомиленні

сполуки масел авокадо та сої (НСМАС), діацереїн та гіалуронова кислота (ГК). Систематизація даних щодо питань підвищення ефективності лікування ОА на міжнародному рівні знайшла своє відображення у «Рекомендаціях з лікування остеоартрозу колінних та кульшових суглобів» Королівського коледжу лікарів (Royal College of Physicians), яке було опубліковано у 1993 р. У 1998 р. EULAR була створена робоча група із метою оцінки методів лікування пацієнтів з ОА колінних суглобів з позиції доказової медицини. Відповідно до міжнародних рекомендацій, лікування ОА повинно починатися з симптомо-модифікуючої терапії. Далі необхідно проведення ортопедичних заходів та призначення НПЗЗ із групи селективних інгібіторів ЦОГ-2. У подальшому рекомендовано призначати структурно-модифікуючі препарати, і лише за необхідністю – НПЗЗ. У рекомендаціях зазначено, що ефективне лікування ОА передбачає використання фармакологічних та нефармакологічних методів. До останніх відносять організацію навчання пацієнтів та заходів щодо зниження ваги тіла хворих, фізичні справи, використання допоміжних засобів (супінаторів, фіксаторів тощо), лазеро- та бальнеотерапія ЛЗ. Швидкодіючі препарати першої групи характеризуються симптомо-модифікуючою дією, тобто сприяють зменшенню больового синдрому та покращують стан опорно-рухового апарату хворого. Тривале застосування повільнодіючих ЛЗ призводить до зниження темпів прогресування патологічного процесу та стабілізації структурних змін у суглобах (структурно-модифікуюча дія) [1-3]. Внутрішньосуглобове або періартикулярне введення глюкокортикостероїдних засобів (метилпреднізолон, бетаметазон, тріамцінолон) здійснюється у випадку хронізації синовіту, відсутності ефекту від застосування традиційних НПЗЗ на фоні нападів сильного болю та/або неефективності споживання опіоїдних анальгетиків. Задля усунення рефлекторного спазму прилеглих до суглоба м'язів, зменшення виразності больового синдрому у лікуванні ОА можуть застосовуватися міорелаксанти (толперізон, тізанідін, ізопротан). Важливе значення у комплексному лікуванні ОА займають ЛЗ, що поліпшують внутрішньокістковий та регіональний кровообіг. Задля реалізації зазначеного напрямку у тактиці лікування ОА використовують гемодерівати, нікотинову кислоту, Но-шпу, Нікошпан, пентоксифілін і діпірідамо́л. З метою стимулювання метаболічних процесів в організмі у терапії ОА широко використовують також різні біостимулятори.

В останні роки все більш важливого значення у лікуванні ОА набувають ЛЗ, що модифікують структуру суглобів [3]. Вперше модифікуюча дія хондропротекторів на суглобовий хрящ була визначена у раніше згаданих Міжнародних рекомендаціях EULAR з лікування ОА колінного суглобу (2003 р., м. Лісабон). Слід зазначити, що за міжнародними рекомендаціями OARSI (2008 р.) у випадку неефективності терапії з використанням ГС та ХС впродовж 6-ти місяців терапію припиняють. У лікуванні ОА НПЗЗ рекомендовано призначати короткими курсами з застосуванням відносно низьких доз препаратів. Зазначений напрямок у тактиці лікування ОА не завжди відповідає потребі хворого у задовільному знятті больового синдрому та ефективному впливі на стан суглобів взагалі. Більш перспективним у цьому напрямку є призначення ЛЗ, що структурно модифікують тканини суглобів, а саме хондропротекторів [1-3]. Як вказувалося раніше, ХП належать до препаратів сповільненої дії, що модифікують структуру суглобу та мають тропність до хрящової тканини. Вперше цей термін був запропонований вченими у 1960 р. за результатами досліджень ефективності препаратів (Румалон та Артепарон), що мали спрямовану дію на метаболізм хрящової тканини, стимулювали біосинтетичні властивості хондроцитів та підвищували стійкість хрящу до руйнівних факторів. Згідно з класифікацією протиартрозних препаратів, що розроблена об'єднаним комітетом BOOЗ та ILAR (International League of Associations for Rheumatology) ХП належать до групи повільнодіючих протиартрозних препаратів (Symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis – SYSADOA) (Lequesne M. et al., 1994 p.) [1]. За результатами аналізу асортиме-

нту ХП, що використовуються у патогенетичному лікуванні ОА нами встановлено наступне. Відповідно до уніфікованої анатомо-терапевтичної й хімічної класифікаційної системи АТС (Anatomical Therapeutically Chemical classification system – АТС) хондропротектори належать до групи М – Засобів, що впливають на опорно-руховий апарат, далі до групи M01AX – Інші нестероїдні протизапальні та протиревматоїдні засоби (M01AX05 – глюкозамін; M01AX25 – хондроїтина сульфат; M01AX21 – діацереїн; M01AX55 – глюкозамін та хондроїтина сульфат). Деякі з ХП відносяться також до групи M01B – Комбіновані протизапальні (протиревматичні) засоби, а саме M01BX – Інші нестероїдні протизапальні/протиревматичні засоби у комбінації із препаратами інших груп. Крім цього, препарати хондропротекторної дії входять до складу груп M09A – Інші засоби, що застосовуються при патологіях опорно-рухового апарату (M09AX10 – Різні препарати; M09AX01 – Кислота гіалуронова). Як бачимо, хондропротектори є складною у класифікаційному сенсі групою препаратів. Характерною рисою застосування ХП є відтермінований у часі терапевтичний ефект (через 2-8 тижнів від початку лікування), необхідність застосування протягом тривалого часу та збереження зазначеного ефекту протягом 2-3 місяців після припинення лікування [1-2]. У спеціальній літературі представлена також інша класифікація ХП, за якою воно розподіляються на три групи: препарати-мукополісахариди; стимулятори синтезу протеогліканів; інші комбіновані ЛЗ хондропротекторної дії [1,2].

Аналіз даних спеціальної літератури показав, що препарати глюкозаміну зареєстровані у 69 країнах Європи, Азії, Південної та Північної Америки, та у 61 країні вони входять до складу стандартної базисної терапії ОА різної локалізації найвищий рівень доказовості симптоматичної дії «1» та ступінь обґрунтованості до застосування «А» у лікуванні ОА колінного та кульшового суглобів препаратів ГС та ХС зазначено також у рекомендаціях OARSI (2008 р.). Доведено, що ХП відсутні в останній редакції Національного переліку основних лікарських засобів, що як відомо використовуються у лікуванні найбільш соціально важливих патологій, а вартість їх споживання не підлягає компенсації із державного бюджету. Крім цього, відповідно до рекомендацій OARSI (2008 р.) у лікуванні хворих на гонартроз препарати ГС та ХС можуть застосовуватися як структурно-модифікуючі ЛЗ (рівень доказовості – «1», ступінь обґрунтованості до застосування – «В»), а у лікуванні коксартрозу аналогічні властивості з високим рівнем доказовості притаманні також діацереїну («1 В»).

Констатуючи результати аналізу літератури можна стверджувати, що проблема ОА за умов прогресуючого старіння населення світу не буде втрачати своєї актуальності. За цих умов питання підвищення ефективності лікування цих хворих та проблема компенсації вартості застосування ХП потребує проведення подальших досліджень, насамперед фармако-економічного аналізу раціональності їх застосування.

Література

1. Остеоартроз : генезис, діагностика, лікування / О. А. Бур`янов, Т. М. Омельченко, О. Е. Міхневич та ін. – К. : Ленвіт, 2009. – С.175-200.
2. Остеоартроз: консервативная терапия / Н. А. Корж, А. Н. Хвисюк, Н. В. Дедух и др.; под ред. Н. А. Корж, Н. В. Дедух, И. А. Зупанца. – Х. : «Золотые страницы», 2007. – 424 с.
3. Фармако-економічне обґрунтування ефективності та корисності (утилітарності) застосування хондропротекторів у терапії остеоартрозу / Г. М. Заріцька, Г. Л. Панфілова, А. С. Немченко, В.І. Пазенко, М. Г Чигринова // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2012. – № 4(24) . – С. 46-53.
4. Цурко В.В. Остеоартроз: фармакотерапия боли и прогрессирования заболевания / В. В. Цурко // Фармацевтический вестник. – 2004. – № 27. – С. 14-16.