



Остеопороз в практике врача первичного звена

Остеопороз признан безмолвной эпидемией, наносящей огромный ущерб здоровью населения, – ежегодно в мире происходит около 9 млн остеопоротических переломов. В России 14 млн человек страдают остеопорозом (10% населения), еще 20 млн имеют остеопению. Следовательно, в группу высокого риска остеопоротических переломов попадают 34 млн россиян. Поэтому так важно выявлять пациентов с указанной патологией и своевременно начинать лечение. Эта задача в первую очередь ложится на врачей первичного звена, где сконцентрирован основной поток данных больных. Рассмотрению наиболее эффективных подходов к диагностике и лечению пациентов с остеопорозом был посвящен симпозиум, организованный при поддержке компании «Сандоз» в рамках Российского конгресса по остеопорозу и другим метаболическим заболеваниям скелета (Казань, 9 сентября 2016 г.).



Профессор, д.м.н.
О.М. Лесняк

Президент Российской ассоциации по остеопорозу (РАОП), профессор кафедры семейной медицины Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, д.м.н. Ольга Михайловна ЛЕСНЯК акцентировала внимание участников симпозиума на важной миссии врача первичного звена – своевременно заподозрить у пациента риск развития остеопороза и направить

Оценка риска перелома врачом первичного звена

его на обследование. «Без активной помощи участковых врачей, врачей общей практики с проблемой своевременного выявления и лечения остеопороза не справиться», – пояснила выступающая.

Согласно эпидемиологическим данным, в нашей стране остеопорозом страдают 30% женщин и 25% мужчин старше 50 лет, еще 10% лиц старшего возраста имеют в анамнезе компрессионные переломы позвонков. Если экстраполировать эти данные на участок врача общей практики, под наблюдением должно находиться в среднем 150 больных остеопорозом и 50 пациентов с компрессионными переломами позвонков. В реальной практике таких больных единицы, что лишний раз демонстрирует низкий уровень выявляемости данного заболевания.

К факторам риска развития заболевания относятся курение, чрезмер-

но низкий/высокий индекс массы тела (ИМТ), неправильное питание, дефицит витамина D и т.д.

У большинства больных первым симптомом остеопороза становится низкоэнергетический перелом, за которым, как правило, происходит серия аналогичных переломов. При этом риск последних в большей степени зависит от локализации перелома: проксимальный отдел бедра, позвонки и предплечье¹, а не от уровня минеральной плотности кости (МПК). Так, перелом предплечья, перенесенный женщиной старше 50 лет, ассоциируется с повышением риска перелома позвонков на 72%, проксимального отдела бедра – на 43%, даже если значения МПК не позволяют поставить диагноз «остеопороз» (Т-критерий > -2,5 стандартного отклонения (СО))². Аналогичные данные получены в американском

¹ Blank R.D. Official Positions for FRAX® clinical regarding prior fractures from Joint Official Positions Development Conference of the International Society for Clinical Densitometry and International Osteoporosis Foundation on FRAX® // J. Clin. Densitom. 2011. Vol. 14. № 3. P. 205–211.

² Schousboe J.T., Fink H.A., Taylor B.C. et al. Association between self-reported prior wrist fractures and risk of subsequent hip and radiographic vertebral fractures in older women: a prospective study // J. Bone Miner. Res. 2005. Vol. 20. № 1. P. 100–106.



Сателлитный симпозиум компании «Сандоз»

исследовании NORA: перелом предплечья, перенесенный женщиной в возрасте 45 лет или старше, увеличивает риск перелома проксимального отдела бедра в 1,9 раза³.

У лиц 50 лет и старше низкоэнергетический перелом типичной для остеопороза локализации рассматривается как клиническая манифестация заболевания. В связи с этим одна из задач врача первичного звена – идентифицировать пациентов, перенесших такой перелом в данном возрасте. В отсутствие возможности провести денситометрию такой перелом является поводом поставить диагноз «остеопороз» и начать лечение.

Денситометрическое исследование костной ткани с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA) считается золотым стандартом диагностики остеопороза. Снижение МПК в области шейки бедра на 1 СО повышает риск перелома проксимального отдела бедра в 2,6 раза, перелома другой локализации – в 1,6 раза.

Однако следует помнить, что МПК имеет характер континуума, поскольку нет такого значения МПК или T-критерия, ниже которого риск перелома становился бы абсолютным и выше которого он бы отсутствовал. Таким образом, определение МПК не позволяет идентифицировать пациентов,

у которых в будущем произойдет перелом.

В связи с этим Всероссийская организация здравоохранения разработала универсальный метод расчета десятилетнего абсолютного риска переломов (FRAX). Принципы работы и интерпретации результатов FRAX изложены на сайте <http://www.shef.ac.uk/FRAX/index.jsp?lang=rs>.

Калькулятор FRAX определяет риск остеопоротических переломов исходя из наличия клинических факторов риска остеопороза и переломов. Если проведение денситометрии затруднено, например из-за отсутствия денситометров в медицинских учреждениях, расчет FRAX поможет в принятии клинического решения.

Разнообразие методов диагностики остеопороза позволяет выявить максимальное количество пациентов, которым необходимо лечение для снижения риска переломов.

Естественный фактор риска переломов – падение. Согласно результатам исследования SOF, каждое сообщение о падении в предшествующем году увеличивает десятилетний абсолютный риск перелома бедра на 30% по сравнению с отсутствием таких сообщений. Поэтому оценка риска падений имеет существенное значение в прогнозировании риска переломов и должна проводиться в каждом конкрет-

ном случае. Снизить риск падения можно с помощью медикаментозных и немедикаментозных методов. К последним, в частности, относятся физические упражнения, улучшение зрения, модификация окружающей обстановки.

О роли врачей общей практики в успешном лечении остеопороза и профилактике остеопоротических переломов свидетельствуют результаты метаанализа шести контролируемых исследований, в которых оценивалась эффективность мероприятий, направленных на улучшение диагностики и лечения остеопороза в первичном звене здравоохранения. Его результаты показали, что обеспечение пациентов информационными материалами, обучение врачей общей практики или уведомление их о наличии факторов высокого риска у пациентов способствовало повышению частоты инициации лечения на 20%⁴.

В заключение профессор О.М. Лесняк отметила, что врач первичного звена имеет дело с популяционной группой, отличающейся разной степенью риска развития остеопороза и остеопоротического перелома. В настоящее время его первоочередной задачей должно стать выявление лиц с высоким риском остеопоротических переломов. И в этом ему должны помочь специалисты, занимающиеся проблемой остеопороза.

Современные возможности лечения остеопороза

По словам вице-президента РАОП, профессора кафедры терапии Ярославской государственной медицинской академии, д.м.н. Ольги Борисовны ЕРШОВОЙ, тактику лечения остеопороза можно представить в виде пирамиды, в основании которой – изменение образа жизни (диета, прием препаратов кальция

и витамина D, физическая активность, профилактика падений), в средней части – лечение вторичного остеопороза, на вершине – фармакотерапия (антирезорбтивная, анаболическая). Безусловно, эффективность лекарственного средства в лечении остеопороза должна быть доказана в многоцентровых клинических



Профессор, д.м.н.
О.Б. Еришова

³ Barrett-Connor E., Sajjan S.G., Siris E.S. et al. Wrist fracture as a predictor of future fractures in younger versus older postmenopausal women: results from the National Osteoporosis Risk Assessment (NORA) // Osteoporos. Int. 2008. Vol. 19. № 5. P. 607–613.

⁴ Laliberté M.C., Perreault S., Jouini G. et al. Effectiveness of interventions to improve the detection and treatment of osteoporosis in primary care settings: a systematic review and meta-analysis // Osteoporos. Int. 2011. Vol. 22. № 11. P. 2743–2768.



Российский конгресс по остеопорозу, остеоартрозу и другим метаболическим заболеваниям скелета

исследованиях, в которых конечной точкой был риск переломов.

При выборе препарата врачу первичного звена следует руководствоваться клиническими рекомендациями, которые предоставляют полную и объективную информацию о его преимуществах, а также об ограничениях разных методов и вмешательствах. Кроме того, клинические рекомендации должны отличаться логичностью данных, отсутствием предвзятости и соответствием последней научной информации.

В настоящее время арсенал препаратов для лечения остеопороза достаточно велик. Каждый из них характеризуется тем или иным преимущественным механизмом влияния на цикл костно-ремоделирования.

Уже много лет при остеопорозе используются антирезорбенты (бисфосфонаты, женские половые гормоны, селективные модуляторы рецепторов эстрогена, деносумаб). Основной механизм их действия – подавление костной резорбции. Есть препараты двойного действия (стронция ранелат). Они не только подавляют костную резорбцию, но и стимулируют остеобразование. Существуют препараты, которые стимулируют рост новой костной ткани и увеличивают ее массу, например паратиреоидный гормон. Независимо от того, какая патогенетическая терапия назначена, она должна сопровождаться приемом препаратов кальция и витамина D.

На сегодняшний день наиболее изученными препаратами для фармакотерапии и профилактики развития остеопороза считаются бисфосфонаты. Их эффективность доказана в многочисленных рандомизированных клинических исследованиях.

С 1995 г. бисфосфонаты успешно применяются для предотвращения потери костной массы. В США с 2005 по 2009 г. пациентам было выписано более 150 млн рецептов на бисфосфонаты.

Каково же влияние бисфосфоната на остеокласты?

После поглощения остеокластами бисфосфоната отмечаются утрата щеточной каемки, дезорганизация цитоскелета, гибель клеток, нарушение внутриклеточного движения везикул, что приводит к существенному сокращению числа активных остеокластов и уменьшению резорбции.

Сегодня в России зарегистрированы практически все применяемые в мире азотсодержащие бисфосфонаты, в том числе их дженерики, – алендронат, ибандронат, золедроновая кислота, ризедронат.

В связи с постоянным ростом цен на лекарственные средства Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и другие международные организации рекомендуют заменять оригинальные препараты на их дженерики. Поэтому в нашей стране фармакотерапия больных остеопорозом, не имеющих права на получение препаратов по льготе в рамках программы дополнительного лекарственного обеспечения, может основываться на использовании более доступных дженериков. Однако важно, чтобы дженерик соответствовал требованиям ВОЗ: препарат должен иметь документальное подтверждение того, что произведен с соблюдением требований надлежащей производственной практики (Good Manufacturing Practice – GMP) и является терапевтически эквивалентным аналогичным продуктам, уже находящимся на фармрынке.

Интермиттирующее введение азотсодержащих бисфосфонатов, несомненно, относится к значимым их преимуществам, поскольку способствует повышению комплаентности терапии и снижению побочных эффектов. Установлено, что при эквивалентных эффектах в отношении снижения риска переломов интермиттирующее введение бисфосфонатов предпочтительнее из-за меньшей частоты побочных реакций со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Схемы введения бисфосфонатов таковы: алендронат назначают в дозе 70 мг один раз в неделю; ибандро-

нат – в дозе 150 мг один раз в месяц или в дозе 3 мг внутривенно один раз в три месяца; золедроновую кислоту – в дозе 5 мг в виде внутривенной инфузии один раз в год.

В исследовании D.M. Black и соавт. (2007) продемонстрировано, что золедроновая кислота эффективно предотвращает все виды остеопоротических переломов. Результаты исследования HORIZON-RFT позволили сделать вывод, что введение золедроновой кислоты в дозе 5 мг в течение 90 дней после хирургического вмешательства по поводу перелома бедренной кости при хорошей переносимости препарата снижает риск клинически выраженных переломов на 35%, а именно: переломов позвонков – на 46%, внепозвоночных переломов – на 27%, а также показатель летальности – на 28%⁵.

Однако, назначая золедроновую кислоту с целью профилактики переломов у пациентов с переломами проксимального отдела бедра, необходимо помнить следующее:

- ✓ первую инфузию препарата можно проводить через две недели и более после операции по поводу перелома;
- ✓ пациентам с недавним (до 90 дней) переломом проксимального отдела бедренной кости рекомендуется за две недели до инфузии золедроната однократно принять витамин D в высокой дозе (50 000 – 120 000 МЕ перорально или в/м);
- ✓ после однократного применения витамина D в высоких дозах в течение 14 дней до инфузии золедроновой кислоты необходим ежедневный прием препаратов кальция (1000 мг/сут) и витамина D (800 МЕ/сут);
- ✓ после инфузии в течение года также следует принимать препараты кальция и витамина D.

Работа M. McClung и соавт. продемонстрировала, что больные остеопорозом предпочитают применять препарат один раз в год в/в. В качестве аргументов они называли

⁵ Lyles K.W., Colón-Emeric C.S., Magaziner J.S. et al. Zoledronic acid and clinical fractures and mortality after hip fracture // N. Engl. J. Med. 2007. Vol. 357. № 18. P. 1799–1809.



Сателлитный симпозиум компании «Сандоз»

удобство такого режима, его соответствие образу жизни и необходимости длительного лечения⁶.

Восстановление костной ткани в среднем может занять от трех до пяти лет, однако больные с высоким риском переломов должны продолжать лечение и по прошествии пяти лет. Критериями для продолжения лечения (смены препарата) являются⁷:

- ✓ наличие более двух переломов;
- ✓ снижение во время лечения МПК на $\geq 5\%$ в позвонках и на $\geq 4\%$ в бедренной кости;
- ✓ снижение маркеров костной резорбции менее чем на 25% либо увеличение менее чем на 25% через шесть месяцев терапии – для анаболиков.

Важно также помнить, что бисфосфонаты продолжают ингибировать резорбцию в течение нескольких лет после отмены терапии – например, период полужизни алендроната в кости достигает десяти лет.

В исследованиях безопасности и длительности действия этих препаратов после отмены оцениваются прежде всего польза (результат) от проведенного лечения и целесообразность дальнейшего приме-

нения препарата. Для определения профиля безопасности анализируется частота развития атипичных переломов, остеонекроза челюсти, фибрилляции предсердий при внутривенном использовании бисфосфонатов и др.⁸ «В случае если длительная терапия бисфосфонатом не приносит дополнительной пользы пациенту и риск от таковой начинает превышать эффект, лечение следует прекратить», – пояснила профессор О.Б. Ершова.

По словам докладчика, глобальная польза от антиостеопоротической терапии заключается в снижении смертности. Так, метаанализ десяти рандомизированных исследований по пяти препаратам (алендронат, золедроновая кислота, ризедронат, деносуибаб, стронция ранелат), включивший более 40 тыс. пациентов, продемонстрировал, что лечение остеопороза ассоциируется со снижением риска смерти после перелома бедра на 10%⁹. Оценка влияния приема антиостеопоротических препаратов после перелома на снижение смертности в течение трех лет показала, что терапия уменьшает

смертность среди женщин на 43%. Анализ выживаемости пациентов обоего пола с переломом шейки бедра в ретроспективных исследованиях показал тенденцию к еще лучшей выживаемости, если препараты кальция плюс добавки витамина D или витамин D используются с антиостеопоротическими препаратами одновременно¹⁰.

В заключение профессор О.Б. Ершова подчеркнула, что лечение антиостеопоротическими препаратами с доказанной эффективностью и безопасностью следует назначать больным и лицам с высоким риском развития остеопороза и переломов как можно раньше, при появлении показаний. Лечение проводится длительно, непрерывно, не менее трех лет. Патогенетическая терапия должна дополняться препаратами кальция и витамина D. Эффективность терапии следует оценивать по наличию новых переломов, динамике МПК и биомаркеров. Правильно подобранный препарат с удобным режимом приема будет способствовать лучшей приверженности пациентов рекомендуемому лечению.

Боль в спине как мультидисциплинарная проблема: тактика эффективного лечения

Боль характеризуется как неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с реальным или потенциальным повреждением тканей. Локализация боли может быть различной, однако самой распространенной является боль в области спины.

Боль в области спины считается второй по значимости причиной

инвалидации и утраты трудоспособности населения, констатирует заведующая отделом активного долголетия и эндокринологии, заведующая отделением реабилитации пациентов с соматическими заболеваниями Российской Федерации центра медицинской реабилитации и курортологии, член президиума РАОП, к.м.н. Лариса Александровна МАРЧЕНКОВА.



К.м.н.
Л.А. Марченкова

⁶ McClung M., Recker R., Miller P. et al. Intravenous zoledronic acid 5 mg in the treatment of postmenopausal women with low bone density previously treated with alendronate // Bone. 2007. Vol. 41. № 1. P. 122–128.

⁷ Diez-Perez A., Adachi J.D., Agnusdei D. et al. Treatment failure in osteoporosis // Osteoporosis. Int. 2012. Vol. 23. № 12. P. 2769–2774.

⁸ Khosla S., Bilezikian J.P., Dempster D.W. et al. Benefits and risks of bisphosphonate therapy for osteoporosis // J. Clin. Endocrinol. Metab. 2012. Vol. 97. № 7. P. 2272–2282.

⁹ Bolland M.J., Grey A.B., Gamble G.D., Reid I.R. Effect of osteoporosis treatment on mortality: a meta-analysis // J. Clin. Endocrinol. Metab. 2010. Vol. 95. № 3. P. 1174–1181.

¹⁰ Nurmi-Liithje I., Liithje P., Kaukonen J.P. et al. Post-fracture prescribed calcium and vitamin D supplements alone or, in females, with concomitant anti-osteoporotic drugs is associated with lower mortality in elderly hip fracture patients: a prospective analysis // Drugs Aging. 2009. Vol. 26. № 5. P. 409–421.



Российский конгресс по остеопорозу, остеоартрозу и другим метаболическим заболеваниям скелета

Скелетно-мышечные боли наблюдаются у каждого четвертого пациента с остеопорозом. Именно остеопороз считается одной из наиболее частых причин болей в спине у женщин в постменопаузе. Такая боль – основная причина обращения к врачу первичного звена.

Острая боль в спине, возникающая при абсолютном здоровье, иррадиирующая в грудную клетку, брюшную полость или бедро, – один из видов болевого синдрома. Ее развитие связано со свежим компрессионным переломом позвонков, сопровождающимся периостальным кровоизлиянием, раздражением периоста и реактивным напряжением мышц в пораженной области. Острый процесс длится одну-две недели и стихает в течение двух-трех месяцев.

Хроническая боль в спине – еще один вид болевого синдрома. Она возникает время от времени, чаще при чередовании покоя и двигательной активности. Появление хронической боли в спине обусловлено медленно прогрессирующими деформациями позвоночника с формированием грудного кифоза, шейного и поясничного гиперлордоза.

Деформация позвоночника и укорочение туловища приводят к гипертензону и спазмированию скелетных мышц, натяжению позвоночных связок.

Существует три основных метода купирования боли в спине:

- немедикаментозный (лечебная физкультура, физиотерапия, хирургическое лечение, ортезирование и др.);
- системная терапия (анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), миорелаксанты, антидепрессанты и т.д.);

- топическая терапия (блокады, мази/гели и т.д.).

Установлено, что патогенетическая терапия остеопороза, не оказывая прямого анальгетического действия, также способствует снижению боли в спине. В исследовании Н. Kawate и соавт. показано, что терапия алендронатом более эффективна в отношении снижения интенсивности боли в спине, повышения качества жизни, чем терапия альфакальциолом¹¹. Аналогичные результаты получены в исследовании по оценке влияния на качество жизни терапии алендронатом и элкатонином¹².

Результаты собственного исследования продемонстрировали, что уже через три месяца лечения алендронатом (без применения анальгетиков) у пациенток с постменопаузальным остеопорозом снизилась боль в спине и расширились физические возможности при работе по дому, через шесть месяцев – повысилась общая оценка здоровья, через девять месяцев – увеличилась физическая активность¹³.

Необходимо отметить, что алендронат и его дженерики оказывают сопоставимое влияние на качество жизни¹⁴. Способность ряда бисфосфонатов уменьшать интенсивность боли в спине была продемонстрирована и в исследовании HORIZON фазы III. Так, применение золедроновой кислоты (по сравнению с плацебо) пациентками с постменопаузальным остеопорозом способствовало сокращению дней нетрудоспособности вследствие болей в спине – 61 день против 72 дня ($p=0,0076$), а также постельного режима – 1,8 против 1,92 дня¹⁵.

В то же время, согласно анализу частоты применения различных препаратов при остеопорозе, анальгетики

используются в два раза чаще, чем патогенетические препараты. Что же касается лечения боли в спине, то в данном случае пальма первенства по частоте применения принадлежит НПВП. Более 30 млн человек в мире ежедневно принимают НПВП, из них 40% – лица старше 60 лет.

Всемирной организацией здравоохранения разработана трехступенчатая схема лечения боли. Так, на первом этапе назначается простой анальгетик или НПВП плюс адьювантная терапия, на втором – НПВП в сочетании со слабым опиоидом или комбинация парацетамола и трамадола плюс адьювантная терапия, на третьем этапе – наркотические анальгетики, которые могут применяться с НПВП.

Почему нестероидные противовоспалительные препараты так эффективны при болевом синдроме? Потому что боль и воспаление имеют общий генез – повышение синтеза простагландинов. Если снижается выработка простагландинов, уменьшается выраженность как боли, так и воспаления. Механизм действия НПВП заключается в блокаде циклооксигеназы (ЦОГ) и биосинтеза простагландинов. Провоспалительный эффект НПВП обусловлен ингибированием ЦОГ-2, который способствует образованию простагландинов в воспаленных тканях. Скорость наступления обезболивающего эффекта зависит от скорости достижения максимальной концентрации препарата в сыворотке крови. Поскольку большинство НПВП оказывают побочное действие вследствие физиологического подавления ЦОГ-1, выбирать препарат для обезболивания необходимо с учетом риска развития желудочно-кишечных и сердечно-сосудистых осложнений.

¹¹ Kawate H., Ohnaka K., Adachi M. et al. Alendronate improves QOL of postmenopausal women with osteoporosis // Clin. Interv. Aging. 2010. Vol. 5. P. 123–131.

¹² Iwamoto J., Makita K., Sato V. et al. Alendronate is more effective than elcatonin in improving pain and quality of life in postmenopausal women with osteoporosis // Osteoporos. Int. 2011. Vol. 22. № 10. P. 2735–2742.

¹³ Древал А.В., Марченкова Л.А., Крюкова И.В. и др. Эффективность, переносимость и комплаентность алендроната натрия (70 мг 1 раз в неделю) при лечении постменопаузального остеопороза // Остеопороз и остеопатии. 2006. № 2. С. 13–17.

¹⁴ Hadji P., Ziller V., Gamberdinger D. et al. Quality of life and health status with zoledronic acid and generic alendronate – a secondary analysis of the Rapid Onset and Sustained Efficacy (ROSE) study in postmenopausal women with low bone mass // Osteoporos. Int. 2012. Vol. 23. № 7. P. 2043–2051.

¹⁵ Black D.M., Boonen S., Cauley J. et al. Effect of once-yearly infusion of zoledronic acid 5 mg on spine and hip fracture reduction in postmenopausal women with osteoporosis: the HORIZON pivotal fracture trial // American College of Rheumatology Annual Scientific Meeting. 2006. Abstr. 665.



Сателлитный симпозиум компании «Сандоз»

В помощь врачам Международный совет экспертов разработал алгоритм выбора НПВП. Если у пациента низкий риск развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС) и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), можно использовать любые НПВП. При умеренном/высоком сердечно-сосудистом риске и отсутствии риска со стороны ЖКТ назначают naproxen, ketoprofen, ibuprofen (менее 1200 г), при умеренном желудочно-кишечном и умеренном/высоком сердечно-сосудистом риске – неселективные НПВП в сочетании с ингибиторами протонной помпы (ИПП) либо селективные НПВП. Последние также применяются при высоком желудочно-кишечном и умеренном/высоком сердечно-сосудистом риске, но уже в сочетании с ИПП.

Прогипертензивное действие НПВП может проявляться снижением эффективности гипотензивной терапии. Однако тактика дифференцированного назначения НПВП в зависимости от степени их воздействия на артериальное давление у больных остеоартрозом и артериальной гипертензией до сих пор не разработана.

Оценке профиля сердечно-сосудистой безопасности НПВП, применяемых в России, в частности их влияния на артериальное давление, было посвящено исследование Л.Б. Лазебника и соавт.¹⁶ Оценка динамики суточного артериального давления при применении НПВП показала, что при артериальном давлении, контролируемом эналаприлом, кетопрофен 200 мг/сут, мелоксикам 7,5 мг/сут в течение четырех, восьми, 12 недель не вызывают достоверного его повышения. Терапия диклофенаком, Артротеком, нимесулидом сопровождается достоверным повышением артериального давления на фоне базисной антигипертензивной терапии. По безопасности прогипертензивного влияния изученные НПВП и трамадол ранжируются следующим образом: трамал, кетопрофен,

мелоксикам, нимесулид, Артротек, диклофенак.

В крупном финском исследовании «случай – контроль» (более 33 тыс. случаев сердечно-сосудистых эффектов) оценивался относительный риск развития острого инфаркта миокарда при приеме различных НПВП в общей популяции¹⁷. Вывод: селективность не является гарантией ЖКТ безопасности препарата, необходимо оценивать индивидуальные риски каждого селективного и неселективного НПВП.

По мнению Л.А. Марченковой, важным является и то, что было продемонстрировано снижение риска развития желудочно-кишечных осложнений при использовании одной молекулы НПВП и повышение риска в два-три раза при применении нескольких препаратов этой группы одновременно или последовательно.

Далее Л.А. Марченкова обратила внимание аудитории на различие в подходах к лечению острой и хронической боли в спине. При острой боли НПВП являются препаратами стартовой терапии. Хроническая боль – это не просто физический симптом, и при хронической боли монотерапия НПВП нецелесообразна, требуется расширенный фармакологический и психосоциальный подход. При острой боли в спине неселективный НПВП назначают в хорошо зарекомендовавших в плане безопасности дозах с учетом ступенчатого алгоритма терапии: в первые два-три дня их применяют парентерально, затем переходят на пероральный прием – по одной таблетке/капсуле два раза в день либо пролонгированные формы один раз в сутки в течение одного – пяти дней, затем в течение семи – двадцати одного дня – поддерживающая терапия для купирования болевого синдрома при необходимости в сочетании с адьювантной терапией. В заключение Л.А. Марченкова отметила, что боль в спине – социально значимая и мультидисциплинарная проблема. Первыми с такими пациентами сталкиваются участковые врачи

и врачи общей практики. Именно от их компетентности зависит успех лечения.

Заключение

Препаратами первой линии при остеопорозе на сегодняшний день считаются бисфосфонаты. Наибольший интерес для практикующего врача представляют алендронат, золедроновая кислота и ибандронат. Указанные препараты обладают преимущественно антирезорбтивным потенциалом. Возможность интермиттирующего введения обуславливает уменьшение побочных реакций со стороны ЖКТ при сохранении терапевтического эффекта. Кроме того, указанный режим способствует повышению compliance лечению.

Патогенетическая терапия остеопороза способна оказывать влияние на интенсивность боли и качество жизни пациентов с остеопорозом, а также на снижение риска смерти среди пациентов с переломом бедра. Об этом свидетельствуют результаты исследований алендроната и золедроновой кислоты. При использовании нестероидных противовоспалительных средств, традиционно применяющихся при остром болевом синдроме в спине у пожилых пациентов, необходимо учитывать эффективность, клиническую целесообразность и факторы риска развития осложнений как со стороны ЖКТ, так и ССС, в том числе оценивать риск артериальной гипертензии. Забота о благе пациента является первоочередной задачей работников системы здравоохранения.

Среди нестероидных противовоспалительных средств, традиционно применяемых при остром болевом синдроме в спине, выраженным обезболивающим эффектом обладает кетопрофен. Данный препарат характеризуется наиболее благоприятным профилем безопасности в отношении риска развития осложнений со стороны ЖКТ и ССС. ☺

¹⁶ Lazebnik L.B., Kotsiubinskaia O.B., Konev Iu. V., Drozdov V.N. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and tramadol in the treatment of osteoarthritis deformans in patients with arterial hypertension // Klin. Med. (Mosk.). 2004. Vol. 82. № 10. P. 56–61.

¹⁷ Helin-Salmivaara A., Virtanen A., Vesalainen R. et al. NSAID use and the risk of hospitalization for first myocardial infarction in the general population: a nationwide case-control study from Finland // Eur. Heart J. 2006. Vol. 27. № 14. P. 1657–1663.