



Преодоление боли: выбор правильного пути

Боль – одна из самых частых жалоб в клинической практике врачей различных специальностей. Она ведет к социальной изоляции, нетрудоспособности, а в ряде случаев к инвалидности и ранней смерти. Адекватная терапия болевого синдрома улучшает прогноз основного заболевания, восстанавливает психосоциальный статус и качество жизни пациентов и их близких. В рамках симпозиума, который состоялся при поддержке компании «Трокас Фарма», обсуждались актуальные вопросы лечения боли, в частности у коморбидных пациентов пожилого возраста.



Профессор, д.м.н.
А.Б. Данилов

Профессор кафедры нервных болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н. Андрей Борисович ДАНИЛОВ отметил высокую частоту неврологических осложнений сахарного диабета (СД) 2 типа. По данным исследований, распространенность клинических проявлений диабетической полиневропатии (ДПН) у больных СД 2 типа достигает 50%, а субклинических – 90%. Выделяют различные варианты ДПН в зависимости от преобладания сенсорных, моторных или вегетативных нарушений. Сенситивной атаксией, нарушением тактильной и вибрационной чувствительности, снижением рефлексов, формированием трофических язв и артропатии прояв-

Ведение пациента с болевой формой диабетической полиневропатии

ляется поражение толстых сенсорных волокон. К сожалению, из-за нарушения чувствительности пациенты обращаются к специалисту не сразу, что грозит тяжелыми осложнениями, в частности развитием синдрома диабетической стопы. Невропатический болевой синдром, который возникает при поражении сенсорных тонких волокон, характеризуется жгучими болями в стопах, усилением боли ночью, парестезиями, дизестезиями. Пациенты, страдающие сенсорной болевой формой ДПН, жалуются на дезадаптацию, нарушения сна, депрессию и тревогу, общее ухудшение качества жизни. В свою очередь вегетативная (автономная) полиневропатия развивается при поражении вегетативных волокон. В таком случае могут отмечаться ортостатическая гипотензия, тахикардия в покое, гастропарез, дизурия, гипогидроз, импотенция. Практические врачи часто не уделяют достаточного внимания диагностике вегетативной полиневропатии, между тем ее наличие предопределяет неблагоприятный прогноз СД, развитие сердечно-сосудистой патологии и даже смерти.

Лечение ДПН проводится по трем направлениям: ранняя интенсивная, симптоматическая и патогенетическая терапия. Особое значение имеют немедикаментозные методы: соблюдение диеты, физическая активность, коррекция факторов риска осложнений СД (артериальной гипертензии, ожирения, гиперхолестеринемии). Сегодня доказано, что изменение образа жизни в ряде случаев позволяет достичь компенсации СД и предотвратить развитие осложнений.

Лечение невропатической боли у пациентов с ДПН – сложный и длительный процесс, который требует комплексного подхода. Невропатическая боль и обусловленные ею нарушения настроения и сна существенно снижают качество жизни пациентов и их функциональные способности. В соответствии с рекомендациями Европейской федерации неврологических обществ по терапии некоторых состояний, сопровождающихся невропатической болью, препаратами первого ряда считаются прегабалин, габапентин, трициклические антидепрессанты (амитриптилин), селективные



Сателлитный симпозиум компании «Трокас Фарма»

ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (дулоксетин, венлафаксин), лидокаиновые пластины¹. К препаратам второго ряда относятся опиоиды, трамадол, карбамазепин, капсаицин. Выраженность и течение невропатической боли различаются в зависимости от нозологии, поэтому в руководстве есть особые указания для лечения болевых невропатий. В частности, препараты второго ряда дополнены ламотриджином. Особо отмечается, что инсомния и повышенная тревожность у пациентов с невропатическими болями служат основанием для назначения прегабалина, а депрессия – антидепрессантов. Лечение следует начинать с одной дозы препарата в минимальной дозе, при необходимости постепенно ее наращивая. Через определенный период времени (как правило, спустя четыре недели) нужно проанализировать ответ на терапию с точки зрения эффективности и безопасности и определиться с дальнейшими рекомендациями. Лечение невропатической боли – долгий путь. И пациентам нужно быть к этому готовыми. Помимо сроков наступления эффекта они должны знать об особенностях невропатического болевого синдрома, выбранных методах лечения и механизме действия препаратов.

Патогенетическая терапия ДПН подразумевает воздействие на определенные звенья патогенеза, для чего применяют альфалиповую кислоту, бенфотиамин (в растворимой форме), уридин, а также комбинированные препараты (Кокарнит). Кокарнит содержит четыре компонента в одной ампуле: аденозин трифосфат (динатрия аденозина трифосфата тригидрат) 10 мг, кокарбоксилаза 50 мг, цианокобаламин 0,5 мг и никотинамид 20 мг.

Кокарбоксилаза (кофермент тиамина) увеличивает метаболическую активность кардиомиоцитов и просвет коронарных сосудов, участвует в переносе кислорода и стимулирует энергетические процессы за счет увеличения накопления кислорода. Кроме того, она модулирует передачу нервного импульса, регулирует перенос натрия через нейрональную мембрану и восстанавливает синтез оксида азота.

Аденозин трифосфат – основной энергетический субстрат в организме. Он имеет важное значение для сократительной деятельности скелетной и сердечной мышц. Под влиянием аденозина трифосфата усиливается коронарное и мозговое кровообращение. Кроме того, он участвует в ингибировании боли на сегментарном уровне,

а потому его прием характеризуется обезболивающим эффектом. Например, во Франции этот препарат в таблетках можно купить без рецепта для лечения мышечно-скелетной боли.

Цианокобаламин (витамин В₁₂) не только задействован в кроветворении, нормализует метаболизм, стимулирует функционирование нервной системы, но и обладает обезболивающим эффектом, опосредованным различными механизмами на разных уровнях. Анальгетический эффект цианокобаламина дозозависим, поэтому его можно получить только при применении не менее 0,5 мг. Никотинамид (В₃) участвует в окислительно-восстановительных процессах в клетках и тканевом дыхании, благоприятно влияет на азотистый обмен, метаболизм липидов и углеводов в организме. Осуществляет доставку аденозинтрифосфата в организме. Есть все основания полагать, что Кокарнит оказывает патогенетическое действие на ключевые точки развития ДПН и болевого синдрома². В многоцентровом исследовании введение Кокарнита в течение девяти дней позволило снизить интенсивность невропатических болей и степень неврологического дефицита у больных с ДПН на фоне СД 2 типа, улучшить их физическое функционирование, повседневную активность и качество жизни³.

В заключение профессор А.Б. Данилов подчеркнул, что профилактика и лечение болевого синдрома – комплексная задача, которая включает мультидисциплинарный подход, методы нелекарственной и фармакологической терапии, образование и обучение пациентов, их социальную адаптацию и психологическую поддержку.

В многоцентровом исследовании введение Кокарнита в течение девяти дней позволило снизить интенсивность невропатических болей и степень неврологического дефицита у пациентов с ДПН, развившейся на фоне СД 2 типа, улучшить их физическое функционирование, повседневную активность и качество жизни

¹ Attal N., Cruccu G., Baron R. et al. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision // Eur. J. Neurol. 2010. Vol. 17. № 9. P. 1113–1188.

² Ших Е., Кукес В., Петунина Н. Кокарнит: анальгетический потенциал в лечении диабетической полинейропатии // Врач. 2016. № 4. С. 20–26.

³ Данилов А.Б., Данилов А.Н., Курушина О.В. и др. Исследование комбинированного метаболического препарата «Кокарнит» в лечении диабетической полинейропатии // Manage Pain. 2018. Т. 1. № 18. С. 34–40.



Профессор, д.м.н.
М.В. Путилина

Профессор кафедры клинической фармакологии, руководитель лаборатории неврологии и геронтологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н. Марина Викторовна ПУТИЛИНА акцентировала внимание на проблеме терапии болевого синдрома у коморбидного пациента и особенностях лекарственного взаимодействия. Среди факторов риска возникновения хронических коморбидных заболеваний российские эксперты выделяют артериальную гипертензию, употребление алкоголя, курение, неправильное питание, низкую физическую активность, ожирение и другие показатели⁴. Распространение коморбидности значительно увеличивается после 65 лет.

Докладчик подчеркнула, что диагностика и лечение пациентов с коморбидной патологией остаются одной из наиболее сложных задач в клинической практике. В основе тактики ведения таких больных лежит индивидуальный подход. Необходимо тщательно взвесить и обсудить с пациентами все риски и преимущества методов, рекомендованных для диагностики и лечения отдельных заболеваний и состояний.

Персонализированный подход к болевому синдрому у коморбидного пациента

Принципы лекарственной терапии у больных пожилого возраста с коморбидностью и старческой астенией отличаются от стандартных подходов. Речь идет не только об особенностях дозирования лекарственных средств, связанных с возрастом и функцией почек и печени, но и выборе препарата, максимально уменьшающего выраженность симптомов с возможностью контроля заболевания в краткосрочной перспективе. Наиболее остро проблема назначения адекватной терапии стоит у пожилых пациентов, поскольку даже антигипертензивные препараты с доказанной эффективностью имеют большое количество побочных эффектов. Существует такой термин – «извращенная реакция у пациентов пожилого возраста», когда прием препаратов приводит к изменению фармакокинетики, задержке жидкости, развитию нарушений желудочно-кишечного тракта.

Надо сказать, что болевой синдром занимает одно из ведущих мест среди жалоб пациентов с сочетанной патологией⁵. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) по-прежнему остаются препаратами выбора для лечения боли, в том числе у мультиморбидных пациентов. Однако этот класс препаратов известен возможными желудочно-кишечными и сердечно-сосудистыми осложнениями. Для того чтобы повысить безопасность обезболивающей и противовоспалительной терапии, был предложен принцип комбинирования препаратов. Так, при выраженном болевом синдроме, когда без назначе-

ния НПВП не обойтись, витамины группы В позволяют существенно снизить дозу и продолжительность приема НПВП, что уменьшает риск осложнений со стороны органов желудочно-кишечного тракта и повышает безопасность терапии⁶. Накопленные данные свидетельствуют о нейропротективном эффекте витаминов группы В. Установлена роль молекулярных механизмов синергичного действия витаминов В₁, В₆, В₁₂ в поддержании памяти. Известно, что таламус имеет большое значение в осуществлении процессов запоминания, а повреждения таламуса приводят к антероградной амнезии и тремору. Количественный анализ позволил установить потери до 30% ткани таламуса при сочетанном дефиците витаминов В₁, В₆ и В₁₂. Кроме того, миелиновая и митохондриальные фракции нервов содержат значительное количество тиамин. Активность тиаминзависимых ферментов важна для поддержания нейронального синтеза аденозинтрифосфата и синтеза миелиновых оболочек⁷.

Результаты проспективного рандомизированного исследования с участием пациентов с острой болью, вызванной переломами нижних конечностей и хирургическим вмешательством, подтвердили, что комбинация «диклофенак + витамины группы В» более эффективно уменьшала боль, чем монотерапия диклофенаком. Установлено, что добавление витаминов группы В к диклофенаку усиливало его обезболивающее действие⁸. По данным системного обзора, применение комплекса «диклофенак +

⁴ Оганов Р.Г., Симаненков В.И., Бакулин И.Г. и др. Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019. Т. 18. № 1. С. 5–66.

⁵ Скотников А.С., Рожнова О.Г., Алгиян Е.А. Коморбидная патология как палитра причин для болевого синдрома: рекомендации терапевта и клинического фармаколога // Лечащий врач. 2017. № 4. С. 25–33.

⁶ Левин О.С., Мосейкин И.А. Комплекс витаминов группы В (Мильгамма) в лечении дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2009. Т. 109. № 10. С. 30–35.

⁷ Тромова О.А. Роль витаминов группы В в нейропротекции // Участковый терапевт. 2016. № 6. С. 13.

⁸ Ponce-Monter H.A., Ortiz M.I., Garza-Hernández A.F. et al. Effect of diclofenac with B vitamins on the treatment of acute pain originated by lower-limb fracture and surgery // Pain Res. Treat. 2012. Vol. 2012. ID 104782.



Сателлитный симпозиум компании «Трокас Фарма»

витамины группы В» у пациентов с острой болью в пояснице позволяло снизить дозу НПВП и увеличивало выраженность противовоспалительного эффекта⁹.

Комбинация «диклофенак + витамины группы В» обладает болеутоляющим, противовоспалительным и синергическим нейрорегенеративным эффектом. В клиническом исследовании подтверждена эффективность использования комплекса витаминов группы В в качестве средства защиты от повреждения сердечной ткани, вызванного токсичностью НПВП¹⁰. Таким образом, применение диклофенака вместе с витаминами группы В позволяет уменьшить выраженность побочных эффектов и повысить безопасность терапии, что особенно важно для пациентов с коморбидной патологией.

Клодифен Нейро – комбинированный препарат. В его состав входят диклофенак и витамины группы В (тиамин, пиридоксин, цианокобаламин). Тиамин (В1) оказывает благоприятное влияние на сердце, центральную и периферическую нервную систему. Пиридоксин (В6) участвует в мобилизации резервных возможностей организма. Цианокобаламин (В12) способствует оптимизации энергетического обмена и регенерации тканей. Комбинация витаминов

группы В потенцирует анальгезирующее действие диклофенака, повышает безопасность применения НПВП и способствует регуляции метаболизма. Включение комплекса витаминов группы В в схему лечения неврологических заболеваний приводит к ускорению процесса выздоровления и быстрой клинической ремиссии.

В настоящее время во всем мире значительный интерес вызывает проблема нейровоспаления, которое лежит в основе большинства патологий – от инсульта до поражения периферической нервной системы. Нейровоспаление связано с гипозергозом – энергетической недостаточностью организма. Существуют фармакологические решения этой проблемы. Например, этилметилгидроксипиридина сукцинаты тормозят перекисное окисление липидов, повышают активность антиоксидантной системы, активируют энергосинтезирующие функции митохондрий, улучшают энергетический обмен в клетке. Препарат Нейрокс – этилметилгидроксипиридина сукцинат, обладающий мембранопротективным, антигипоксическим, стрессопротективным, ноотропным и анксиолитическим действием. Кроме того, Нейрокс стабилизирует реологию крови, улучшает микро-

циркуляцию, устраняет неврологические симптомы при алкогольной интоксикации. Он совместим с психотропными препаратами, усиливает действие бензодиазепиновых анксиолитиков, противопаркинсонических средств и карбамазепина, а также уменьшает токсическое действие этилового спирта.

Использование препаратов Клодифен Нейро и Нейрокс у коморбидных больных можно считать комплексным подходом к лечению. Добавление Нейрокса к Клодифену Нейро позволяет проводить противовоспалительную терапию пациентам с артериальной гипертензией и цереброваскулярной болезнью в анамнезе, обеспечивать безопасность лечения, уменьшать полипрагмазию. Удобство, доступность и хорошая переносимость повышают приверженность пациентов к терапии.

Подводя итог выступлению, профессор М.В. Путилина отметила необходимость индивидуального подхода к коморбидным пациентам с болевым синдромом, тщательного выбора анальгетика с учетом фармакологических особенностей, способа и режима дозирования, регулярным мониторингом побочных явлений, а также применения нефармакологических методов лечения.

Неврология

Симптоматические препараты замедленного действия в лечении хронической боли: за или против?

Как отметила профессор кафедры неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики и медицинской реабилитации КемГМУ (Кемерово), д.м.н. Татьяна Леонидовна ВИЗИЛО, распространенность хронической боли достигает показателей эпидемии. Например, в Европе хронической болью страдает

каждый пятый (20%) (для сравнения: СД отмечается у 7,8% больных, депрессия – у 4,5%, деменция – у 1,25%)¹¹. По сути, речь идет о так называемой молчаливой эпидемии боли, которая прежде всего поражает самых незащищенных – пожилых людей, выступая в качестве риска развития у них деменции, инвалид-



Профессор, д.м.н.
Т.Л. Визилю

⁹ Márquez M., Guzman S., Soto H. Systemic review on the use of diclofenac/b complex as an anti-inflammatory treatment with pain relief effect for patients with acute lower back pain // J. Pain Relief. 2015. Vol. 4. ID 216.

¹⁰ Abdulmajeed N.A., Alnahdi H.S., Ayas N.O., Mohamed A.M. Amelioration of cardiotoxic impacts of diclofenac sodium by vitamin B complex // Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci. 2015. Vol. 19. № 4. P. 671–681.

¹¹ Breivik H., Collett B., Ventafridda V. et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment // Eur. J. Pain. 2006. Vol. 10. № 4. P. 287–333.



ности и даже преждевременной смерти.

Среди пациентов и врачей бытуют мифы о том, что боль – это неизбежный спутник старости, со временем она будет только усиливаться и с этим надо просто смириться. Следует объяснять пациентам, что боль не является естественным процессом старения и не нужно ее терпеть.

Наибольший вклад в распространенность хронического болевого синдрома среди пожилых людей вносит патология скелетно-мышечной системы, в частности остеоартрит¹². В США хроническую боль, вызванную остеоартритом, испытывают 38–44% населения, в Нидерландах – 68%¹³. Данные по Российской Федерации достаточно скудны и неоднозначны. По некоторым сведениям, в Российской Федерации 33,2% пациентов с остеоартритом страдают болевым синдромом.

В современной научной литературе подробно рассмотрены вопросы взаимосвязи хронической боли, воспаления и старения. Известно, что воспалительные реакции участвуют в процессах дегенерации дисков, генерации боли и формировании радикулярной боли. Ключевая роль в этих процессах принадлежит цитокинам. Сначала клетки диска увеличивают продукцию провоспалительных цитокинов, которые способствуют деградации внеклеточного матрикса, усилению экспрессии хемокинов. Начинает

вырабатываться эндотелиальный фактор роста, который ведет к неоваскуляризации, и фактор роста нервов, обеспечивающий врастание преимущественно низкомиелинизированных нервных волокон в вещество диска. Наконец, раздражение вновь образованных рецепторов приводит к возникновению боли, что, с одной стороны, ведет к сенситизации и появлению невропатического компонента боли, а с другой – активирует нейрогенное воспаление, дополнительный выброс цитокинов, усиливая цитокин-опосредованный дегенеративный каскад. В процессе воспаления ангиогенез в хряще способствует увеличению диффузии макрофагов и усилению воспаления. Препараты симптоматического медленного действия влияют именно на цитокиновый каскад воспаления. Хондроитина сульфат подавляет ангиогенез в хряще и снижает активность воспаления, а также усиливает синтез факторов антиангиогенеза¹⁴.

Хондроитина сульфат уменьшает активацию митоген-активируемых протеинкиназ и факторов транскрипции ядерного фактора NF-κB, который считается центральным звеном цитокинового воспаления, и активирующего белка 1. Этим обусловлен противовоспалительный эффект хондроитина сульфата¹⁵.

На сегодняшний день доказан анальгетический эффект хондроитина сульфата. В ходе исследования CONCEPT оценивалась

эффективность хондроитина сульфата по сравнению с цефекоксибом и плацебо в отношении купирования боли у пациентов с остеоартритом. Оказалось, что хондроитина сульфат фармацевтического качества в дозе 800 мг/сут аналогично цефекоксибу в дозе 200 мг/сут снижает выраженность боли и улучшает функции у пациентов с остеоартритом коленного сустава. Результаты исследования позволили сделать вывод, что хондроитина сульфат можно считать средством лечения первой линии при остеоартрите коленного сустава¹⁶.

Хондроитина сульфат обладает как анаболическим влиянием на метаболизм хряща, так и антикатаболическими свойствами. Он стимулирует синтез протеогликанов, аггреканаз и гиалуроновой кислоты, ингибирует синтез матриксных металлопротеиназ и коллагенолитическую активность. Противостоит развитию цитокинового воспаления, связанного с интерлейкином 1¹⁷. Доказано, что хондроитина сульфат защищает структуру сустава. На фоне длительного приема хондроитина сульфата сохраняется объем хряща, отмечается снижение выраженности субхондральных изменений костного вещества¹⁸. Таким образом, в исследованиях продемонстрировано противовоспалительное, обезболивающее, хондропротективное и структурно-модифицирующее действие хондроитина сульфата.

¹² Hunt L.J., Covinsky K.E., Yaffe K. et al. Pain in community-dwelling older adults with dementia: results from the National Health and Aging Trends Study // J. Am. Geriatr. Soc. 2015. Vol. 63. № 8. P. 1503–1511.

¹³ Van Schoor N.M., Zambon S., Castell M.V. et al. Impact of clinical osteoarthritis of the hip, knee and hand on self-rated health in six European countries: the European Project on OsteoArthritis // Qual. Life Res. 2016. Vol. 25. № 6. P. 1423–1432.

¹⁴ Lambert C., Mathy-Hartert M., Dubuc J.E. et al. Characterization of synovial angiogenesis in osteoarthritis patients and its modulation by chondroitin sulfate // Arthritis. Res. Ther. 2012. Vol. 14. № 2. ID R58.

¹⁵ Jomphé C., Gabriac M., Hale T.M. et al. Chondroitin sulfate inhibits the nuclear translocation of nuclear factor-kappa B in interleukin-1beta-stimulated chondrocytes // Basic. Clin. Pharmacol. Toxicol. 2008. Vol. 102. № 1. P. 59–65.

¹⁶ Reginster J.Y., Dudler J., Blicharski T., Pavelka K. Pharmaceutical-grade chondroitin sulfate is as effective as celecoxib and superior to placebo in symptomatic knee osteoarthritis: the ChONDroitin versus CElecoxib versus Placebo Trial (CONCEPT) // Ann. Rheum. Dis. 2017. Vol. 76. № 9. P. 1537–1543.

¹⁷ Fioravanti A., Collo del G. In vitro effects of chondroitin sulfate // Adv. Pharmacol. 2006. Vol. 53. P. 449–465.

¹⁸ Wildi L.M., Raynauld J.P., Martel-Pelletier J. et al. Chondroitin sulphate reduces both cartilage volume loss and bone marrow lesions in knee osteoarthritis patients starting as early as 6 months after initiation of therapy: a randomised, double-blind, placebo-controlled pilot study using MRI // Ann. Rheum. Dis. 2011. Vol. 70. № 6. P. 982–989.

КОКАРНИТ

www.cocarnit.ru

Трифосаденин	10 мг
Кокарбоксилаза (В ₁)	50 мг
Никотинамид (РР)	20 мг
Цианокобаламин (В ₁₂)	500 мкг



Оригинальный метаболический комплекс для структурно-функциональной реабилитации и эффективного лечения полинейропатий, в т.ч. диабетической

- **Улучшает аксональный транспорт и способствует ремиелинизации нервных волокон**
- **Доказанно улучшает нервную проводимость**
- **Уменьшает степень оксидативного стресса**
- **Оказывает нейрометаболический, регенеративный и антигипоксантный эффекты**
- **Снижает субъективные и клинические проявления диабетической полинейропатии**
- **Улучшает качество жизни пациентов**

1. Девликамова Ф. И. Эффективность влияния препарата Кокарнит на состояние периферических нервов при лечении пациентов с диабетической полинейропатией. Журнал неврологии и Психиатрии им. Корсакова, 11, 2016.
2. Мкртумян А.М., и др. Практические возможности применения препарата Кокарнит в лечении диабетической полинейропатии. «Эффективная фармакотерапия» выпуск "Эндокринология" №4 2016.
3. А.Б. Данилов и др. Исследование комбинированного метаболического препарата «Кокарнит» в лечении диабетической полинейропатии. "Manage Pain" №1. 2018.
4. Гацких И.В. и др. Динамика неврологических нарушений на фоне комбинированной терапии у больных сахарным диабетом 2 типа. Журнал неврологии и Психиатрии им. Корсакова, 6, 2018.



В рекомендациях Международного общества по изучению остеоартрита (2019) указано, что хондроитина сульфат фармацевтического происхождения уменьшает боль и улучшает функцию коленного сустава¹⁹. По официальной позиции Европейской антиревматической лиги, хондроитина сульфат показан всем пациентам с остеоартрозом или остеохондрозом любой локализации и сопутствующими состояниями (метаболическим синдромом, СД, сердечно-сосудистыми, онкологическими заболеваниями)²⁰. Он также может использоваться в лечении переломов костей вблизи диафизов. Согласно выводам экспертов Европейского общества по клиническому и экономическим аспектам остеопороза и остеоартрита, хондропротекторы являются базисной терапией остеоартрита. Внутримышечное введение хондроитина сульфата названо в качестве стартовой терапии у пациентов с высокой интенсивностью боли^{21, 22}. Есть данные, что при длительном применении хондроитина сульфат способен снизить частоту эндопротезирования коленного сустава. Следует особо оговорить, что в европейских рекомендациях речь идет о хондроитина сульфате, имеющем фармацевтическое происхождение. Использование неэталонных препаратов природного происхождения из-за неоднородного качества и неясного профиля безопасности не рекомендуется. Новое направление исследований хондроитина сульфата – изучение его противоопухолевого эффекта. Установлено, что хондроитина

сульфат не просто подавляет хроническое воспаление, а стимулирует апоптоз опухолевых клеток и способствует инкапсуляции опухолевых образований, тормозит процесс метастазирования за счет таргетного накопления в опухолевой ткани²³. В скором времени планируется оценить целесообразность применения хондроитина сульфата для долговременной профилактики опухолевых заболеваний. При этом все противоопухолевые эффекты изучены на высокоочищенных формах препаратов.

Докладчик представила препарат Драстоп – новый препарат хондроитина сульфата, который недавно появился на российском рынке и обращает на себя внимание благодаря ряду преимуществ. Прежде всего в его состав входит только хондроитина сульфат. Драстоп не влияет на метаболизм глюкозы и более безопасен при СД, чем другие препараты, содержащие глюкозамин. Он не метаболизируется системой P450 в печени, а потому не взаимодействует с НПВП, анальгетиками,

антибиотиками, гипотензивными препаратами. Препарат не содержит натрия и не требует его контроля у пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Наконец, Драстоп готов к применению (его не нужно разводить) и не требует специальных условий хранения. В российских рекомендациях по ведению больных с остеоартритом и коморбидностью препарат Драстоп (хондроитина сульфат) указан как базисный противовоспалительный препарат²⁴. Обычно его назначают внутримышечно по 1 мл через день, всего 25–30 инъекций. При хорошей переносимости начиная с четвертой инъекции доза увеличивается до 2 мл. В случае необходимости курс повторяют через шесть месяцев.

Таким образом, многочисленные исследования подтверждают, что хондроитина сульфат улучшает клиническое течение болезни, повышает эффективность проводимой терапии и способствует снижению выраженности хронического болевого синдрома у пожилых пациентов.

Заключение

Выбор эффективного и безопасного препарата для купирования боли является актуальной задачей для специалистов различных специальностей. Понимание механизмов формирования болевого синдрома позволяет проводить адекватную терапию. Современная стратегия ведения пациентов с болевым синдромом

предусматривает назначение препаратов с учетом этиологии и патогенеза боли. Своевременное комплексное лечение, направленное на различные звенья патогенеза болевого синдрома, в большинстве случаев позволяет купировать болевые симптомы, снизить воспаление и повысить качество жизни пациентов. *

¹⁹ Honvo G., Bruyère O., Geerinck A. et al. Efficacy of chondroitin sulfate in patients with knee osteoarthritis: a comprehensive meta-analysis exploring inconsistencies in randomized, placebo-controlled trials // Adv. Ther. 2019. Vol. 36. № 5. P. 1085–1099.

²⁰ Sakellariou G., Conaghan P.G., Zhang W. et al. EULAR recommendations for the use of imaging in the clinical management of peripheral joint osteoarthritis // Ann. Rheum. Dis. 2017. Vol. 76. № 9. P. 1484–1494.

²¹ Bruyère O., Cooper C., Pelletier J.P. An algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis in Europe and internationally: a report from a task force of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO) // Semin. Arthritis Rheum. 2014. Vol. 44. № 3. P. 253–263.

²² Henrotin Y., Marty M., Mobasheri A. What is the current status of chondroitin sulfate and glucosamine for the treatment of knee osteoarthritis? // Maturitas. 2014. Vol. 78. № 3. P. 184–187.

²³ Bottazzi B., Riboli E., Mantovani A. Aging, inflammation and cancer // Semin. Immunol. 2018. Vol. 40. P. 74–82.

²⁴ Ведение больных с остеоартритом и коморбидностью в общей практике. Клинические рекомендации. М., 2016.