

ФАРМАЦЕВТ

ПРАКТИК

05 [191] 2020
ISSN 2409-2584

ТЕРИТОРІЯ АПТЕКИ: ВІДВІДУВАЧ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА **26**



COVID-19: доступ до
лікування

6

Перспективи назальних
лікарських форм

8

Мої 5 правил
гігієни рук

23

Акваріумна
«психотерапія»

38

БІЛЬ У СПИНІ: місце нестероїдних протизапальних препаратів

«Сезон горюхів» відкрито, отже, очікуємо на збільшення випадків звернення щодо рекомендацій відповідних засобів від болю у спині. Біль у спині є найбільш поширеним проявом ревматологічних станів, при цьому ризик їхнього розвитку протягом життя у кожної людини становить 80% [1]



ЯК ПРИЧИНА НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ

У більшості випадків епізод болю в спині виявляється короточасним, однак приблизно у 4% працездатного населення він є причиною тривалої, а в 1% — стійкої втрати працездатності. Біль у спині — друга за частотою причина тимчасової непрацездатності та п'ята за частотою причина госпіталізації [2].

У більшості людей немає певної обумовленої етіології болю у спині [1]. Протягом десятиліть у вітчизняній клінічній практиці остеохондроз хребта розглядали як універсальну причину болю в спині. Тим часом виявлені за допомогою спондилографії, комп'ютерної або магнітно-резонансної томографії дегенеративно-дистрофічні зміни хребта, що вважали маркерами остеохондрозу, погано корелюють із клінічною картиною та нерідко зустрічаються в осіб, які не страждають від болю у спині. Отже, остеохондроз хребта можна вважати лише однією з передумов розвитку болю у спині, але не його безпосередньою причиною [2].

Із прагматичної точки зору, біль у спині, незалежно від його походження, зазвичай поділяють за перебігом та локалізацією. Гострим



У більшості людей немає певної обумовленої етіології болю у спині [1]. Протягом десятиліть у вітчизняній клінічній практиці остеохондроз хребта розглядали як універсальну причину болю в спині. Тим часом виявлені за допомогою спондилографії, комп'ютерної або магнітно-резонансної томографії дегенеративно-дистрофічні зміни хребта, що вважали маркерами остеохондрозу, погано корелюють із клінічною картиною та нерідко зустрічаються в осіб, які не страждають від болю у спині

вважають біль тривалістю до 6 тиж, підгострим — 6–12 тиж, хронічним — понад 12 тиж. Залежно від локалізації виділяють люмбагію (біль у поперековому відділі хребта), люмбоішіалгію (біль у попереку, що іррадіює у ногу), сакралгію (біль у крижовому відділі) та кокцигдинію (біль у крижах). У той же час в іноземній літературі використовують терміни «біль у спині» (back pain) та «біль у нижній частині спини» (low back pain).

АДЕКВАТНЕ ЗНЕБОЛЕННЯ

Адекватне медикаментозне знеболення не тільки полегшує стан людини безпосередньо «тут і зараз», але й дозволяє швидше повернутися до звичного для неї рівня повсякденної активності. Лікування гострого скелетно-м'язового болю сьогодні неможливо уявити без використання нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), ефективність яких є неодноразово підтвердженою. Наприклад, за даними метааналізу 35 контрольованих досліджень визначено, що саме НПЗП ефективні відносно редукції гострого неспецифічного болю у спині, а також відновлення функціональної активності [3, 4].

Загалом, для зменшення вираженості гострого болю призначають анальгетики та/або НПЗП у формах для перорального, ректального, внутрішньом'язового, а також місцевого застосування. Знеболювальні засоби зазвичай достатньо використовувати коротким курсом. У перші дні лікування їх краще приймати профілактично — по годинах, не чекаючи посилення болю.

ОСОБЛИВОСТІ ВИБОРУ

Вибір НПЗП при лікуванні гострого болю у спині заснований на необхідності максимально швидко купірувати синдром, тому перевагу надають препаратам із максимально вираженою анальгетичною та протизапальною дією (наприклад, диклофенаку), причому кратність їхнього прийому на початковому етапі залежить від інтенсивності болю.

Загалом, для зменшення вираженості гострого болю призначають анальгетики та/або НПЗП у формах для перорального, ректального, внутрішньом'язового, а також місцевого застосування. Знеболювальні засоби зазвичай достатньо використовувати коротким курсом. У перші дні лікування їх краще приймати профілактично — по годинах, не чекаючи посилення болю

За можливості слід уникати тривалого прийому НПЗП, особливо в осіб літнього віку, з огляду на ризик розвитку побічних ефектів з боку травного тракту, нирок, печінки, серцево-судинної системи. У хворих із високим ризиком ерозивно-виразкових уражень шлунка та дванадцятипалої кишки (в осіб похилого віку, що мають в анамнезі виразкову хворобу, які страждають на захворювання серцево-судинної системи, приймають кортикостероїди та антикоагулянти) в комбінації з НПЗП для захисту травного тракту призначають блокатори H₂-гістамінових рецепторів та інгібітори протонної помпи.

Зазначимо, що селективні інгібітори циклооксигенази (ЦОГ) 2-го типу (коксиби) сприяють менше побічних ефектів (перш за все пов'язаних із негативною дією на травний тракт), ніж традиційні НПЗП, проте їхню ефективність при вертеброгенних болювих синдромах вивчено недостатньо. З огляду на це їх рекомендувати призначати лише у разі поганої переносимості традиційних НПЗП або за наявності в анамнезі виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки. Також необхідно брати до уваги індивідуальну чутливість хворих до НПЗП, через що за неефективності оптимальних терапевтичних доз одного з препаратів протягом 1–2 тиж можна рекомендувати інший лікарський засіб [2].

ДЛЯ ЗНИЖЕННЯ РИЗИКУ

Способом зниження ризику розвитку системних побічних ефектів (у тому числі з боку травного тракту), пов'язаних із прийомом неселективних НПЗП, є використання цих препаратів у формах для місцевого застосування. Співвідношення високої ефективності та безпеки — основна вимога до НПЗП [3]. В цьому плані місцеві засоби є найбільш безпечними лікарськими формами препаратів зазначеної групи. Перевагою таких форм є низька системна біодоступність поряд із можливістю забезпечення достатньо високої концентрації діючої речовини у вогнищі запалення.

Зокрема, британська Агенція з регулювання лікарських засобів та медичних препаратів (Medicines and Health care products Regulatory Agency — MHRA) рекомендує лікарям загальної практики надавати перевагу призначенню місцевих НПЗП пацієнтам із гострими болювими синдромами і високим серцево-судинним ризиком. Також Національний інститут здоров'я та йогої допоміжної Великобританії (The National Institute for Health and Care Excellence — NICE) рекомендує для пацієнтів із гострим болем і високим ризиком розвитку побічних ефектів використовувати ступінчастий підхід: починати терапію з простих анальгетиків та місцевих НПЗП, а за їхньої неефективності призначати системні НПЗП [5].

Кокреївський огляд ефективності та безпеки місцевих НПЗП для лікування гострого м'язового болю, який було проведено у 2017 р. та включив 206 досліджень з участю 30 700 пацієнтів, показав, що ефективність НПЗП насамперед залежить від лікарської форми, яка повинна сприяти швидкому всмоктуванню діючої речовини [6].



Вітамін D та смертність від COVID-19

У дослідженні, яке охопило 20 європейських країн, було виявлено зв'язок між низьким рівнем вітаміну D у населення та високою кількістю випадків та смертей внаслідок коронавірусної хвороби COVID-19

Про зв'язок між низьким рівнем вітаміну D та підвищеною чутливістю до гострих респіраторних інфекцій та грипу вчені заявляли давно. Роль вітаміну D зокрема полягає в модуляції відповіді лімфоцитів, гальмуючи вивільнення надто великої кількості прозапальних цитокінів. Новий коронавірус, що спричиняє хворобу COVID-19, відомий тим, що провокує в організмі хворого надлишкову продукцію прозапальних цитокінів. Це стало однією з причин, чому британські вчені вирішили дізнатися, чи є зв'язок між рівнем «сонячного» вітаміну у крові та коронавірусною хворобою.

В Італії та Іспанії спостерігалися дуже високі показники смертності внаслідок COVID-19, і як виявили вчені, для населення цих країн, на диво, середній рівень вітаміну D в крові нижчий, ніж у населення північних країн. Частково це пов'язано з тим, що мешканці південних країн, особливо літні люди, уникають перебування на сонці. Крім того, синтезу вітаміну D під дією сонячного ультрафіолету у мешканців півдня часто заважає пігментація шкіри (стійка засмага).

Найвищий середній рівень вітаміну D вчені спостерігали, що знов дивує, у жителів північних країн. Це, ймовірно, можна пояснити тим, що вони вживають багато вітаміну D разом з рибом (північні риби жирні та містять багато вітаміну D), а також дієтичні добавки з вітаміном D. Не виключено, що населення північних регіонів менше уникає сонця. Скандинавські країни поки що мають відносно низьку, у порівнянні з іншими країнами Європи, кількість смертей та загалом низьку смертність в результаті COVID-19.

Варто зазначити, що дефіцит вітаміну D часто спостерігається у людей похилого віку, які мають підвищений ризик тяжкого перебігу COVID-19.

Автори визнають, що показники смертності в тій чи іншій країні відрізняються через цілий комплекс причин і що наявність зв'язку це не означає, що це причинно-наслідковий зв'язок. Але автори вважають за необхідне продовжити дослідження та вивчити докладніше вплив рівня вітаміну D та тяжкості перебігу коронавірусної хвороби.

* Іве PC, Stefanescu S, Smith L. The role of vitamin D in the prevention of coronavirus disease 2019 infection and mortality // *Aging Clinical and Experimental Research*, Published: 06 May 2020. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01570-8>



При загостренні хронічного болю у спині можливо використання ступеневого підходу: терапію починають з НПЗП у найнижчих ефективних дозах, за необхідності переходять на комбінування НПЗП з іншими немедикаментозними (фізіотерапія) та медикаментозними засобами, у тому числі з міорелаксантами, антидепресантами та ГАМКергічними препаратами

Місцеві форми НПЗП можна використовувати також у комбінації із системними препаратами з метою підвищення ефективності знеболювальної терапії. У той же час призначення двох та більше системних НПЗП, а також поєднання НПЗП із ацетамінофеном, бензодіазепінами, опіоїдами може призвести до підвищення ризику виникнення побічних ефектів [7].

«МІСЦЕВИЙ» АРСЕНАЛ

Сучасний арсенал НПЗП для місцевого застосування при захворюваннях опорно-рухового апарату є досить широким. Їх можна розділити на групи за основною діючою речовиною, що входить до складу багатоконпонентних або комбінованих препаратів. Зокрема, йдеться про засоби, що містять диклофенак, ібупрофен, індометацин, кетопрофен, німесулід, піроксикам [8].

Показаннями до застосування препаратів монокомпонентного складу з диклофенаком є больовий синдром при запальних і дегенеративних захворюваннях суглобів і хребта, ревматичних ураженнях м'язів і тканин, посттравматичний больовий синдром, невралгії. Варто зауважити, що при поєднанні диклофенаку з ментолом додатково виявляється місцева подразнювальна та слабка знеболювальна дія.

При поєднанні диклофенаку із метилсаліцилатом, ментолом, лляною олією протизапальна та анальгетична дія диклофенаку посилюється метилсаліцилатом, а також α -ліноленовою кислотою, що входить до складу лляної олії, тоді як ментол виявляє місцеву подразнювальну та слабку знеболювальну дію. Своєю чергою, показаннями до застосування препаратів із діючою речовиною ібупрофеном є міалгії, біль у спині, артрит, пошкодження і розтягнення зв'язок, невралгії.

Препарати монокомпонентного складу із діючою речовиною індометацином застосовують при больовому синдромі та місцевих запальних реакціях при ревматоїдних захворюваннях, гострому скелетно-м'язовому болю, подагрі та невралгіях. За поєднання індометацину з троксерутиним додатково виявляється місцева протинабрякова та ангіопротекторна дія.

Щодо препаратів кетопрофену, то показаннями до їхнього застосування є гострі та хронічні запальні і дегенеративно-дистрофічні захворювання опорно-рухового апарату, травми.

Больовий синдром при спортивних травмах є показаннями до застосування препаратів піроксикаму, які також доцільно використовувати при анкілозуючому слондилоартриті, остеоартрозі, плечопоплатковому періартрозі, тендиніті.

Показаннями до застосування препаратів німесуліду є запальні процеси з больовим синдромом помірної інтенсивності: захворювання опорно-рухового апарату, в тому числі артрит, остеохондроз, остеоартроз, артралгія, міалгії, бурсит, травматичні ушкодження. Загалом, місцеві форми НПЗП зумовляють зменшення чи зникнення болю у місці нанесення, змінюють набряк та сприяють збільшенню обсягу рухів.

Підготувала Олександра Демецька, канд. біол. наук

Література

- Gupta L. et al. Approach to Non-Compressive Back Pain. *Neurology India*, 2019;67 (3):671-678.
- Васеніна Е.Е., Левин О.С. Боль в спине: базисная и дифференцированная терапия. *Лечащий врач*, 2014;4.
- Азимова Ю.Э., Скоробогатых К.В. Эффективность комбинированной терапии системным и местным НПВП в сравнении с монотерапией системным НПВП у пациентов с неспецифической болью в спине. *Лечащий врач*, 2019;1.
- Machado G.C. et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for spinal pain: a systematic review and meta-analysis. *Ann. Rheum. Dis.* 2017;76 (7):1269-1278.
- Chen Y., Bedson J., Hayward R.A. et al. Trends in prescribing of non-steroidal anti-inflammatory drugs in patients with cardiovascular disease: influence of national guidelines in UK primary care. *Fam. Pract.* 2018. DOI:10.1093.
- Derry S., Wiffen P.J., Kalso E.A. et al. Topical analgesics for acute and chronic pain in adults — an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Data base Syst. Rev.* 2017, May 12;5:CD008609.
- Frazer K., Stevermer J.J. PURLs: More isn't better with acute low back pain treatment. *J. Fam. Pract.* 2016;65 (6):404-406.
- Корвинова Е.Л., Соков П.Е. Нестероидные противовоспалительные препараты для наружного применения в лечении скелетно-мышечных болевых синдромов. *Лечащий врач*, 2007;8.