

В.М. Коваленко

ННЦ «Інститут кардіології
ім. М.Д. Стражеска»
НАМН України

Ключові слова: ревматоїдний
артрит, остеоартроз,
лікування, системна
ензимотерапія.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ НАБРЯКОВОГО ТА ЗАПАЛЬНОГО СИНДРОМІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ РЕВМАТИЧНИМИ ХВОРОБАМИ СУГЛОБІВ: ДАНІ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ ТА ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ В УКРАЇНІ

Резюме. Наведено сучасні дані щодо застосування системної ензимотерапії (CET) у лікуванні найпоширеніших ревматичних хвороб суглобів (РХС) — остеоартрозу (ОА) та ревматоїдного артриту (РА). Містяться дані доказової медицини щодо впливу CET на основні патогенетичні механізми РХС. На основі світового досвіду та результатів власних досліджень доведені ефективність та безпека застосування препаратів CET в лікуванні РА та ОА, а також коморбідної серцево-судинної патології.

Ревматичні хвороби суглобів (РХС) розглядаються у всьому світі як одна з найбільш розповсюджених патологій та значимих медичних і соціально-економічних проблем сучасного суспільства. Вони суттєво знижують якість життя, призводять до значних витрат на охорону здоров'я і негативно впливають на національну економіку (Коваленко В.М., 2010; Коваленко В.М., Корнацький В.М. (ред.), 2010).

Загальна захворюваність на РХС у розвинених країнах, зокрема у США, є вищою, ніж в Україні, і в останні десятиріччя становила 15%, а за прогнозом до 2020 р. сягне >18%. Подібні дані спостерігаються і в Європі. У ФРН хронічний поліартрит зареєстрований у 800 тис. населення, а дегенеративні ураження опорно-рухового апарату спостерігаються майже у половини дорослого населення. В Україні у 2009 р. вони були виявлені у більше ніж 3,9 млн осіб. Найбільш поширеними та значимими як для пацієнта, так і суспільства в цілому, є ревматоїдний артрит (РА) та остеоартроз (ОА) (табл. 1).

Таблиця 1

Поширеність в Україні основних хвороб внутрішніх органів
серед дорослого населення (2009)

Нозологія	Абс. дані	На 100 тис. населення
Усі хвороби	41 105 645	14713,0
Ревматичні хвороби:	3 922 025	10382,5
ОА	1 253 737	3318,8
РА	118 004	312,4
Подагра	92 563	245,0
Системний червоний вовчак	6524	17,3
Серцево-судинні:	25 576 108	67702,7
Гіпертонічна хвороба (всі форми)	11 889 737	31473,4
Ішемічна хвороба серця	8 657 608	22917,6
Гострий інфаркт міокарда	50 296	133,1
Інсульт	105 836	280,2
Хвороби шлунково-кишкового тракту	4 365 775	15677,8
Хвороби дихальної системи	8 094 697	29068,6
Хвороби ендокринної системи, в тому числі:	1 863 660	6692,5
Цукровий діабет	381 592	1370,3

На сьогодні в Україні не вирішено багато проблем щодо РХС. Так, постійно зростає загальна кількість хворих на ОА, перш за все, працездатного віку. Залишається складним завданням рання діагностика РХС, але поява нових діагностичних можливостей, а саме: магнітно-резонансної томографії (МРТ), ультразвукового дослідження опорно-рухового апарату (УЗД), нових лабораторних маркерів кісткового та хрящового метаболізму, а також специфічних маркерів щодо окремих хвороб, сприяє найбільш ранній та диференційній їх діагностиці, що стало основою для впровадження концепції «ранньої агресивної терапії» РА та базисної (так званої хондропротекторної терапії) ОА (Коваленко В.М., Борткевич О.П., 2010).

Забезпечення належної якості життя, суттєве збільшення його тривалості та зниження непрацездатності й смертності у зв'язку з РХ є найбільш актуальними завданнями сучасної ревматології (Коваленко В.М., 2010; Коваленко В.М., Корнацький В.М., 2010). Багато в чому досягнення цієї мети залежить від раціонально підібраних методів лікування та схем фармакотерапії (Коваленко В.М., 2010).

На сьогодні в арсеналі лікарів-ревматологів є найсучасніші засоби фармакотерапії РА та ОА, які базуються на даних доказової медицини та набули визнання у провідних розвинених країнах світу (біологічні препарати для лікування РА, структурно-модифікуючі препарати для лікування ОА, тощо). Так, підвищення ефективності лікування хворих на РХС з аутоімунними та імунокомплексними механізмами розвитку може бути досягнуто шляхом застосування блокерів фактора некрозу пухлини (ФНП)- α , інтерлейкіну (ІЛ)-6 та В-лімфоцитів, що на сьогодні зареєстровані в Україні та успішно випробувані в багатьох клінічних закладах.

Стандартна оцінка лікування пацієнта із РХС включає такі показники: вартість/ефективність/безпеку/якість життя/виживаність хворих/втрата пра-

цездатності/частота курсів госпітального лікування (Мальцев В.И. и соавт., 2002).

Вдосконалення схем лікування та поява нових фармакотерапевтичних агентів не вирішують проблеми неефективності та поганої переносимості подібного лікування у значної частки хворих на РА та ОА (Вікторов О.П., 2010). Тому актуальним є застосування у пацієнтів із РХС засобів ад'ювантної терапії, які, поряд із власною протизапальною та антинабряковою дією, були б здатні нівелювати чи значно зменшувати побічну дію основних базисних засобів.

Таким вимогам відповідають препарати системної ензимотерапії (СЕТ) на основні ланки гомеостазу організму: системні патофізіологічні процеси (запалення, набряк); ад'ювантні властивості при антибіотикотерапії (підвищення концентрації препаратів у вогнищах запалення); вторинний анальгезивний ефект; широке застосування в різних галузях медицини як у складі комплексного лікування, так і в монотерапії.

На сьогодні доведено, що гідролітичні ензими можуть модулювати активність ряду прозапальних цитокінів (ФНП- α , ІЛ-6, ІЛ-8 тощо), що відіграють ключову роль у патогенезі РХС (Мазуров В.И., Лиля А.М., 2004). Здатність препаратів СЕТ пригнічувати експресію цитокінових рецепторів на клітинах-мішенях, і тим самим підтримувати їх оптимальну концентрацію, можливо, і є одним із регуляторних механізмів, які протидіють масовому прояву прозапальних ефектів цитокінів на системному рівні (Лысыкова М. и соавт., 2004).

Разом із базисними препаратами для лікування РХС, глюкокортикоїдами, вітамінами, антибіотиками тощо препарати СЕТ доцільно застосовувати при цих нозологіях, для яких характерні такі ознаки: набряк, запалення, порушення згортувальної системи крові та імунітету (Веремеєнко К.Н., Коваленко В.Н., 2000).

СЕТ активно використовується в різних галузях медицини: внутрішні хвороби, кардіологія, хірургія, акушерство і гінекологія, онкологія, спортивна медицина, травматологія тощо. Для СЕТ застосовують препарати, до складу яких у різних поєднаннях входять ензими рослинного і тваринного походження, а також рутин. З ензимів тваринного походження використовують: панкреатин, трипсин, хімотрипсин, амілазу і ліпазу; рослинні ензими — це бромелаїн (із плодів ананаса) і папаїн (із плодів папайї) (Веремеєнко К.Н., Коваленко В.Н., 2000).

На сьогодні в Україні зареєстровані препарати: Вобензим, Флогензим (табл. 2).

Таблиця 2

Препарати системної ензимотерапії, зареєстровані в Україні		
Склад	Вобензим	Флогензим
Панкреатин	100 мг (345 прот. Євр. Фарм. Од.)	—
Хімотрипсин	1 мг (300 F.I.P. — Од.)	—
Трипсин	24 мг (360 F.I.P. — Од.)	48 мг
Амілаза	10 мг (50 F.I.P. — Од.)	—
Ліпаза	10 мг (34 F.I.P. — Од.)	—
Бромелаїн	45 мг (225 F.I.P. — Од.)	90 мг
Папаїн	60 мг (90 F.I.P. — Од.)	—
Рутин	50 мг	100 мг

СЕТ: дані доказової медицини (експериментальні дослідження)

Ефекти ензимів, що приймалися перорально, на колаген-II індукований «мишачий» артрит, досліджені Emansipator S.N. et al, 1997. Автори порівнювали результати застосування препарату СЕТ Флогензиму, та НПВС — Ібупрофену, при колаген- II індукваному артриті. Результати дослідження (вірогідне зменшення розміру запального набряку на внутрішній частині ступні в групах Флогензиму та Ібупрофену в порівнянні з групою, яка не отримувала лікування; вірогідно менша дегенерація суглобів в групі Флогензиму в порівнянні з групою Ібупрофену та групою, яка не отримувала лікування; за даними комп'ютерної морфометрії наприкінці дослідження товщина суглобових хрящів в середньому склала до 720 нм (здоровий контроль), 630 нм (Флогензим), 380 нм (Ібупрофен) та 290 нм (без лікування) дозволили авторам зробити висновок, що СЕТ (Флогензим) захищає суглобовий хрящ значно краще, ніж Ібупрофен.

СЕТ: дані доказової медицини (клінічні дослідження)

Порівняльне епідеміологічне ретроспективне популяційне з паралельними групами дослідження щодо застосування НПЗП і СЕТ у хворих на ревматичні захворювання було проведено в А. Wittenborg et al. (2000). Метою дослідження було: оцінити ефективність і безпечність СЕТ в порівнянні з НПЗП. Дані 3326 пацієнтів із РХС, які отримували лікування СЕТ (флогензим) або НПЗП за 2-річний період, були проаналізовані 380 лікарями.

Результати дослідження свідчать про те, що ефективність СЕТ (флогензим) була порівняна з ефективністю НПЗП в стандартних дозах. У пацієнтів, що отримували СЕТ, було зафіксовано значно менше побічних явищ, порівняно з лікованими НПЗП.

В рандомізованому подвійному сліпому дослідженні, що мало на меті оцінити ефективність і переносимість флогензиму в порівнянні з диклофенаком, було обстежено 73 хворих на гонартроз із вираженим больовим синдромом. Тривалість лікування склала 3 тиж, а тривалість спостереження — 7 тиж. Ефективність СЕТ (флогензим), за даними авторів, була порівняна з ефективністю диклофенака, але перевищує диклофенак за профілем безпечності.

В Україні СЕТ вперше було втілено в 1995 році на базі Українського ревматологічного центру для лікування ревматичних хвороб суглобів (академік НАМН України, проф. В.М.Коваленко). Трирічний 5-річний моніторинг базисної терапії РА вобензимою (Коваленко В.Н. и соавт., 2002) до теперішнього часу є єдиним і показує, що використання СЕТ забезпечує хорошу клінічну ефективність терапії та низьку частоту побічних ефектів (близько 2%), на відміну від інших препаратів, задовільну якість життя хворих. Застосування схеми ліку-

вання вобензимом в комплексі з НПЗП ефективно при ураженні суглобів на рівні I-II рентгенологічної стадії, при вираженому набряку, скутості, а також при неефективності, непереносимості або побічних проявах терапії глюкокортикоїдами, цитостатиками. У випадках резистентного перебігу РА можлива комбінація вобензиму з іншими препаратами базисної терапії, а також курсове або постійне застосування СЕТ в комбінації з глюкокортикоїдами, що дозволяє значно понизити дозу і ризик виникнення побічних ефектів останніх.

На ефективність та безпечність застосування препаратів СЕТ при РА вказують також Зборовський А.Б. і соавт., 2003; Мазуров В.И., Лиля А.М., 2004.

Цікавими є дані Токаревой Л.В. (2004), яка показала, що комбінована терапія метотрексатом і вобензимом хворих на серопозитивний РА є ефективною у 61% хворих, супроводжується хорошим клінічним ефектом, поліпшенням процесів диференціювання і нормалізацією співвідношення імунорегуляторних клітин в ранні терміни від початку терапії. Крім того, автор вказує, що при серопозитивному варіанті РА ефективність комбінованої терапії метотрексатом і вобензимом вища, ніж монотерапія метотрексатом 61 і 35% відповідно, а переносимість даної комбінації краща (частота побічних ефектів на тлі монотерапії метотрексатом склала 41%, а на тлі комбінованої терапії 28%).

Згідно сучасному визначенню, остеоартроз (остеоартрит) є хронічним прогресуючим захворюванням суглобів, яке характеризується дегенерацією хряща та структурними змінами субхондральної кістки, а також явним чи прихованим помірно вираженим синовітом. Тобто, підкреслюється роль запального компонента в патогенезі ОА (Коваленко В.М., Борткевич О.П., 2010). Таким чином, патогенетично обґрунтованим вважається застосування у хворих на ОА препаратів СЕТ, які мають доведену протизапальну та протинабрякову дію (Веремеєнко К.Н., Коваленко В.Н., 2000).

F.Singer et al. (2001) провели подвійне сліпе проспективне рандомізоване дослідження щодо оцінки ефективності та переносимості препарату СЕТ флогензиму в порівнянні з диклофенаком у 63 хворих на гонартроз з індексом Лекена більше 10. Програма лікування включала флогензим 2 таб 3 р/добу чи диклофенак (1-й тиж — по 50 мг 3 р/добу, 2-й і 3-й — 50 мг 2 р/добу), тривалість лікування склала 3 тиж. На основі отриманих даних автори зробили висновок, що ефективність СЕТ (флогензим) порівняна з ефективністю диклофенака, але перевищує диклофенак за профілем безпечності у хворих на активний гонартроз. Доведено також суттєве зменшення больового синдрому у пацієнтів за ОА під впливом СЕТ (Clein G., Kullich W., 2000).

В Україні також накопичений позитивний досвід застосування флогензиму при ОА. Так, В.Н.Коваленко, Л.Б.Шолохова (2000) провели дослідження ефективності та безпечності цього препарату у хворих на гонартроз, який ускладнений реактивним синовітом.

Аналіз отриманих даних показав суттєве зменшення індексу Лекена та ВАШ болю на фоні прийому флогензиму і диклофенака в порівнянні з монотерапією диклофенаком (рис. 1 та 2).

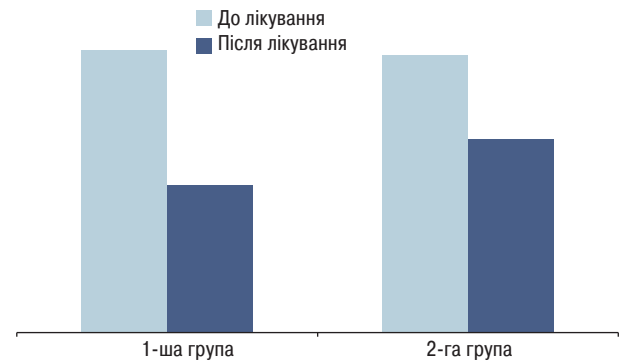


Рис. 1. Динаміка індексу Лекена у хворих на ОА під впливом флогензиму і диклофенака (I група) або диклофенака (II група)

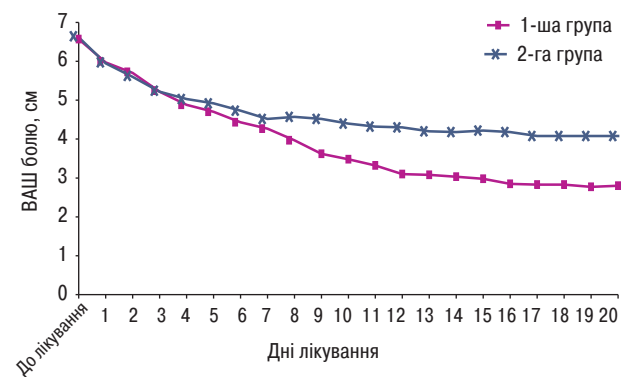


Рис. 2. Динаміка ВАШ болю у хворих на ОА під впливом флогензиму і диклофенака (I група) або диклофенака (II група)

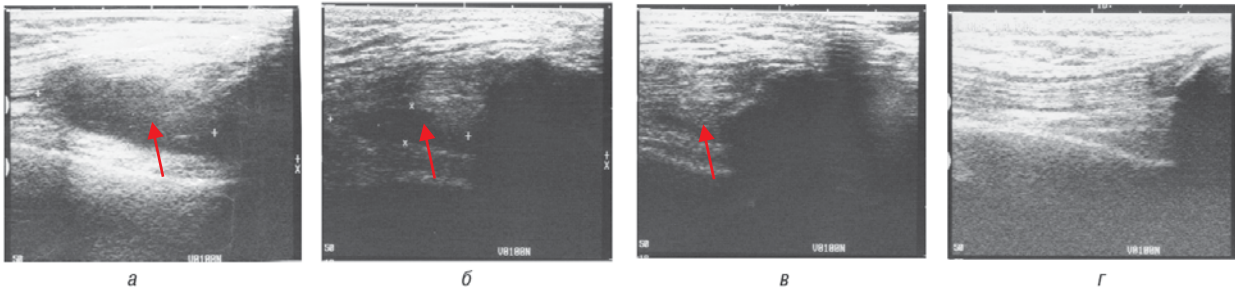
За даними авторів, включення СЕТ до програми лікування ОА покращувало функціональний стан уражених суглобів, дозволило суттєво зменшити прийом НПЗП, і було позитивно оцінено як лікарем, так і пацієнтом (Коваленко В.Н., Шолохова Л.Б., 2000).

Об'єктивним підтвердженням позитивної дії СЕТ саме на запальний компонент патогенезу ОА, тобто реактивний синовіт, є дані ультразвукового дослідження суглобів (рис.3).

В роботі О.В.Пішак (2002), яка обстежила 197 хворих на ОА та 141 — на РА була патогенетично обґрунтована концепція протизапального та імунomodуючого впливу СЕТ на цитокінову регуляцію запалення при ОА та РА. Автором встановлено, що оптимальною для лікування ОА є програма три тижневої терапії, що включає використання НПЗП, «хондропротекторів» і Флогензиму з подальшим через 4–6 міс профілактичним призначенням останнього. У хворих з РА доведена більш висока, ніж при стандартному лікуванні, ефективність тривалої СЕТ з використанням препарату Вобензиму.

Важливим компонентом багатьох РХС, в тому числі ОА, є супутня серцево-судинна патологія — ішемічна хвороба серця, метаболічний синдром, дисліпідемія тощо (Коваленко В.М., Борткевич О.П., 2010).

Поздовжнє сканування



а – на початку лікування; б, в – в процесі лікування; г – в кінці курсу терапії флогензимоном
Випіт у верхньому завороті позначено червоними стрілками

Рис. 3. Зникнення синовіту у хворі на остеоартроз під впливом лікування Флогензимоном (дані ультразвукового дослідження колінного суглоба)

На сьогодні доведений позитивний вплив СЕТ при включенні останньої в комплексну терапію хворих на РХС з ішемічною хворобою серця та дисліпідемією (Коваленко В.Н. і соавт., 2004), метаболічного синдрому в поєднанні з гіперурикемією (Яковенко Г.Ю., 2009), синдромі інсулінорезистентності (Коваленко В.М. і соавт., 2009). Застосування СЕТ при цих станах дозволяє: оптимізувати перебіг запального процесу, імунних реакцій, забезпечити антиоксидантний захист, нормалізувати чутливість до інсуліну, усунути метаболічні порушення, що пов'язані з імунзапальною реакцією, нормалізувати реологічні властивості крові та її ліпопротеїновий спектр.

Дані доказової медицини та великий досвід застосування СЕТ в Україні стали підставою для включення препаратів СЕТ до стандартів лікування, які розроблені робочими групами Асоціації ревматологів України в комплексній терапії більшості РХС, в тому числі РА та ОА (Коваленко В.Н., Шуба Н.М., 2004).

ВИСНОВКИ

1. Здатність системної ензимотерапії впливати на загальні ланки патогенезу як ревматичних хвороб суглобів — ревматоїдного артриту та остеоартрозу, так і супутньої патології, в першу чергу, серцево-судинної (ішемічна хвороба серця, атеросклероз, дисліпідемія, міокардити, тощо), дозволяють рекомендувати її використання в комплексному лікуванні даних хвороб.

2. Включення препарату СЕТ Флогензиму в комбіновану терапію ОА з синовітом є обґрунтованим і достовірно впливає на усунення набряку, ліквідацію запалення у суглобі та функціональні характеристики суглобів.

3. Використання системної ензимотерапії дозволяє посилити ефективність застосування етіотропної та імуносупресивної терапії хворих на вказані нозологічні форми, що підтверджується даними доказової медицини та власним досвідом застосування, в тому числі клінічними, лабораторними, імунологічними та інструментальними (МРТ, УЗД тощо) дослідженнями.

4. Застосування системної ензимотерапії (вобензим, флогензим) є бажаним в якості ад'ювантної терапії у хворих на РА при застосуванні базисних

синтетичних препаратів (метотрексат, сульфасалазин), та може розглядатися як потенційно можлива підтримуюча терапія при застосуванні біологічних агентів (інфліксимаб, адалімумаб, рітуксімаб, тоцилізумаб, тощо), що підвищить ефективність та безпеку програм лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. **Веремеєнко К.Н., Коваленко В.Н.** (2000) Системная энзимотерапия. Теоретические основы, опыт клинического применения. МОРИОН, Киев, 320 с.
2. **Викторов А.П.** (2010) Актуальные вопросы безопасности медикаментозной терапии у пациентов старческого и пожилого возраста. Укр. ревматол. журн., 2: 76–79.
3. **Зборовский А.Б., Стажаров М.Ю., Мозговая Е.Э.** (2003) Системная энзимотерапия в лечении ревматических заболеваний. Науч.-практ. ревматология, 1, 64–69.
4. **Коваленко В.М.** (2010) Організаційно-методичні аспекти діагностики та попередження ускладнень ревматичних хвороб з аутоімунними та імунотоксичними механізмами розвитку. Тез. наук. доп. Всеукр. наук.-практ. конф. «Актуальні питання ревматології» 21–22.10.2010. Укр. ревматол. журн., 3(Додаток): 2–3.
5. **Коваленко В.М., Борткевич О.П.** (2010) Остеоартроз. Практична настанова. МОРИОН, Київ, 608 с.
6. **Коваленко В.М., Корняцький В.М. (ред.)** (2009) Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу. Аналітично-статистичний посібник. Київ, 146 с.
7. **Коваленко В.Н., Корниенко Т.М., Гуляя Н.М.** (2004) Оценка методов коррекции синдрома дислипидемий у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) на основе месячного курса применения системной энзимотерапии (СЭТ) в сравнении с симвастатином. Запорож. мед. журн., 4(25): 52–55.
8. **Коваленко В.Н., Талаева Т.В., Братусь В.В.** (2009) Возможности корректирующего влияния системной энзимотерапии на компоненты синдрома инсулинорезистентности. Укр. кардіол. журн., Додаток 1: 192–202.
9. **Коваленко В.Н., Шолохова Л.Б.** (2000) Оценка эффективности системной энзимотерапии в лечении остеоартроза. Укр. кардіол. журн., 5: 12–21.
10. **Коваленко В.М., Шуба Н.М.** (2004) Номенклатура, класифікація, критерії діагностики та програми лікування ревматичних хвороб. Київ, 156 с.
11. **Коваленко В.Н., Шуба Н.М., Головацкий И.В., Ясинская В.А.** (2002) Оценка эффективности терапии ревматоидного артрита на основе системной энзимотерапии по данным 5-летнего мониторинга. Укр. ревматол. журн., 4(10): 23–27.
12. **Лысыкова М., Вальд М., Масиновски З.** (2004) Механизмы воспалительной реакции и воздействие на них с помощью протеолитических энзимов. Цитокины и воспаление. Т. 3(3), Москва, 48 с.

13. **Мазуров В.И., Лиля А.М.** (2004) Роль системной энзимотерапии в комплексном лечении больных ревматоидным артритом и системной красной волчанкой. Лечащий врач, 7.

14. **Мальцев В.И., Ефимцева Т.К., Белоусов Ю.Б., Коваленко В.Н.** (2002) Клинические испытания лекарств. Под ред. В.И. Мальцева, Т.К. Ефимцевой, Ю.Б. Белоусова, В.Н. Коваленко. МОРИОН, Киев, 352 с.

15. **Пішак О.В.** (2002) Докторська дисертація «Обґрунтування й оцінка ефективності протизапальної та імунomodуючої дії системної ензимотерапії у хворих на остеоартроз і ревматоїдний артрит». Інститут кардіології ім. М. Д. Стражеска, Буковинська державна медаліа. Київ, 2002.

16. **Токарева Л.В.** (2004) Сравнительная характеристика эффективности монотерапии метотрексатом и комбинированной терапии метотрексатом и вобэнзимом при ревматоидном артрите. Дис. ... канд. мед. наук. Ростов-на-Дону, 142 с.

17. **Яковенко Г.Ю.** (2009) Особливості діагностики та лікування метаболічного синдрому у поєднанні з гіперурикемією. Дис. ...канд. мед. наук. Київ, ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМНУ.

18. **Clein G., Kullich W.** (2000) Short-term treatment of painful osteoarthritis of the knee with oral enzymes. A randomized, double-blind study versus diclofenac. Clin. Drug Invest. 19(1): 15–23.

19. **Emansipator S.N. et al.** (1997) Effects of oral enzymes in collagen II induced arthritis in mice. International journal of immunotherapy XIII (3–4): 67–74.

20. **Singer F., Singer C., Oberleitner H.** (2001) Phlogenzym versus diclofenac in the treatment of activated osteoarthritis of the knee. Int. J. Immunotherapy XVII (2/3/4) 135–141.

21. **Wittenborg A. et al.** (2000) Comparative epidemiological study in patients with rheumatic diseases illustrated in an example of a treatment with non-steroidal anti-inflammatory drugs versus an oral enzyme combination. Arzneimittel-Forschung/Drug Research, 50 (II), 8: 728–738.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОТЕЧНОГО И ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ СУСТАВОВ: ДАННЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В УКРАИНЕ

В.Н. Коваленко

Резюме: Приведены современные данные по применению системной энзимотерапии (СЭТ) в лечении самых распространенных рев-

матических болезней суставов (РБС) — остеоартроз (ОА) и ревматоидного артрита (РА). Предоставлены данные доказательной медицины относительно влияния СЭТ на основные патогенетические механизмы РБС. На основе мирового опыта и результатов собственных исследований доказаны эффективность и безопасность применения препаратов СЭТ в лечении РА и ОА, а также коморбидной сердечно-сосудистой патологии.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, остеоартроз, лечение, системная энзимотерапия

OPTIMISATION OF SWELLING AND INFLAMMATORY JOINT SYNDROMES' TREATMENT IN PATIENTS WITH RHEUMATIC JOINT DISEASES: THE EVIDENCE-BASED DATA AND EXPERIENCE IN UKRAINE

V.M. Kovalenko

Summary. The current data on application of systemic enzymotherapy (SET) in the treatment of the most frequent rheumatic joint diseases (RJD) — osteoarthritis (OA) and rheumatoid arthritis (RA) are presented. The evidence-based data concerning SET influence on the basic pathogenetic mechanisms of RJD are given. On the basis of world experience and results of own researches efficacy and safety of SET application were proved for RA and OA treatment, as well as comorbid cardiovascular pathology.

Keywords: rheumatoid arthritis, osteoarthritis, treatment, systemic enzymotherapy.

Адреса для листування:

Коваленко Володимир Миколайович
03680, Київ, вул. Народного ополчення, 5
ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д.Стражеска»
НАМН України

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

FDA рекомендует ограничить назначение симвастатина в дозе 80 мг

По материалам www.fda.gov

Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными средствами США (Food and Drug Administration — FDA) рекомендует ограничить назначение симвастатина в максимальной дозировке 80 мг из-за риска повреждения мышечной ткани.

Все статины, в том числе симвастатин, снижают уровень холестерина в крови и назначаются при атеросклерозе, ишемической болезни сердца, а также для профилактики инфаркта миокарда и инсульта. Несмотря на эффективность симвастатина, одним из его возможных побочных действий является миопатия — повреждение клеток мышечной

ткани, сопровождающееся развитием общей слабости, усталости, боли в мышцах. В крайне редких случаях возможно полное разрушение миоцитов (рабдомиолиз) вплоть до развития острой почечной недостаточности и смерти. Риск развития таких побочных действий не велик, однако резко повышается при назначении симвастатина в дозе 80 мг.

По данным FDA, 80 мг симвастатина снижают уровень холестерина всего на 6% больше по сравнению с 40 мг этого препарата. «Лечение симвастатином следует начинать с дозы 40 мг в сутки. Если же это не даст результата, то лучше назначить другой статин, чем повышать дозу данного препарата до 80 мг», — сообщил Эрик Колман (Eric Colman), заместитель директора FDA в отделе метаболических и эндокринологических препаратов.