

Паліндромний ревматизм у практиці лікаря

21-22 березня в м. Києві відбулася науково-практична конференція Асоціації ревматологів України під назвою «Ревматичні хвороби: модифікація імунного статусу та запального процесу».

Лекторами заходу були доктори медичних наук, професори провідних медичних центрів не тільки України, а й Литви, Білорусі та Великої Британії. Свої доповіді спікери присвятили основним проблемам сучасної ревматології та методам їх вирішення.

Широкий спектр захворювань у ревматологічній практиці спричиняє труднощі в діагностиці. Саме тому неабияку увагу привернуло секційне засідання, присвячене складним клінічним випадкам у практиці лікаря. Обговорювали випадки склеродермоподібного паранеопластичного синдрому, амілоїдозу нирок, хвороби Верльгофа в пацієнтки з ревматоїдним артритом, IgG4-асоційованих захворювань, а також синдрому Роуелла.



Особливий інтерес викликала доповідь провідного наукового співробітника відділу некоронарних хвороб серця та ревматології ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України» (м. Київ), доктора медичних наук, професора Галини Олександрівни Проценко, яка висвітлює проблему паліндромного ревматизму (ПР) на прикладі клінічного випадку.

ПР являє собою рідкісне хронічне захворювання, симптоми якого вперше були описані Hench і Rosenberg у 1944 році. Характеризується нападами подібними епізодами гострого артриту, періартриту та припуханням навколосуглобових тканин. Атака ПР часто виникає раптово, без явних тригерів або передвісників, із нестерпного та виснажувального болю й триває від кількох годин до кількох днів, після чого

настає повне відновлення суглобів. У процес можуть залучатися будь-які суглоби, проте найчастіше уражаються дрібні суглоби кистей, зап'ястки, колінні та плечові суглоби.

Діагностичні критерії ПР були запропоновані Guerne та Weismann у 1992 році. До них належать: місячний анамнез короткочасних епізодів моноартриту (рідше – поліартриту) чи запалення періартикулярних тканин, які виникають спонтанно; фіксування лікарем хоча б одного нападу; залучення в процес під час різних атак трьох або більше суглобів; відсутність ерозій на рентгенограмах; виключення інших видів артриту. Діагноз ПР встановлюється за наявності всіх п'яти критеріїв.

Лікування ПР є складним, оскільки синдром не вивчали в рандомізованих клінічних дослідженнях, отож єдині рекомендації з ведення таких пацієнтів відсутні. Тому доцільним є емпіричний підхід до кожного окремого випадку.

Утім, існують основні патогенетичні варіанти лікування ПР. Насамперед це подолання больового синдрому. Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), такі як етодолак, диклофенак, німесулід тощо, можна використовувати для лікування гострих епізодів болю. Вони ефективно полегшують гостру симптоматику захворювання, але не запобігають виникненню нових атак. У лікуванні ПР також застосовують протиревматичні препарати, що модифікують захворювання (пеніциламін, сульфасалазин, метотрексат), протималарійні засоби, інгібітори фактора некрозу пухлини, а також колхіцин. Вони можуть бути варіантом у тих пацієнтів, які мають рефрактерні й часті напади.

Клінічний випадок

Жінка, 59 років. Десять років тому відзначила появу болю в колінних суглобах, який посилювався при навантаженні; надалі періодично виникали синовіти колінних суглобів (переважно правого). Лікувалася під наглядом травматолога з діагнозом двобічного гонартрозу. Отримувала НПЗП, хондропротектори, фізіотерапевтичне лікування. За недостатньої ефективності цих заходів інтраартикулярно вводили глюкокортикостероїди. Спочатку терапія була досить ефективною, але поступово збільшувалися частота загострень та інтенсивність клінічних проявів запального процесу, через що 2014 року було визнано неефективність консервативної терапії та проведено оперативне лікування: первинне тотальне ендопротезування правого колінного суглоба. Післяопераційний період минув без особливостей. Із 2017 року почали виникати напади гострого артриту «летючого» характеру із залученням одного з великих суглобів: попеременно колінних, плечових, ліктьових, променево-зап'ясткових. Атака розвивалася тільки в одному з перерахованих суглобів протягом 1-2 год на тлі практично повного благополуччя, супроводжувалася нестерпним больовим синдромом тільки в одному (правому) суглобі й мала зворотний розвиток протягом 1 доби на тлі використання НПЗП. Унаслідок вираженого болю виникали панічні атаки, що супроводжувалися безсонням. Після використання НПЗП через кілька днів напад минав безслідно.

У 2019 році пацієнтка звернулася до Українського ревматологічного центру. При об'єктивному обстеженні виявили незначну деформацію лівого колінного суглоба та вузлики Гебердена II пальців обох кистей, число припухлих суглобів дорівнювало 0, число больових суглобів – 2 (плечовий справа та колінний зліва). При лабораторному обстеженні: ШОЕ – 12 мм/год, ревматоїдний фактор – 48 МОД/мл, С-реактивний білок <5 мг/л, сечова кислота – 285 мкмоль/л, показники кальцію та фосфору – в межах норми. Проведено рентгенографію кистей, стоп, плечових суглобів (рис): відзначалися зміни, характерні для дегенеративно-дистрофічного ураження суглобів, специфічної для конкретної запальної артропатії рентгенологічної картини не спостерігалось. Через відсутність синовіту пункція з метою дослідження суглобової рідини не виконувалася.

З огляду на наявність атак гострого рецидивуючого артриту із залученням попеременно одного з великих суглобів, швидкий розвиток і регресію запального процесу в них, швидко й достатню відповідь на терапію НПЗП, відсутність даних на користь одного з варіантів кристалічної артропатії, пацієнтці встановлено діагноз: ПР, хронічний перебіг, активність 1 ступеня з ураженням великих суглобів (почергово колінних, плечових, ліктьових) у поєднанні з поліостеоартрозом із переважним ураженням колінних суглобів, рентгенологічна стадія II-III, стан після тотального ендопротезування правого колінного суглоба (2015 рік), функціональна недостатність суглобів 1-2 ступеня.

Рекомендації щодо лікування: обмеження статичних навантажень на суглоби, лікувальна фізкультура, НПЗП – за потреби, гідроксихлорохін 200 мг 2 рази на добу протягом 3 міс, повторний огляд через 3 міс за результатами лабораторного обстеження для корекції лікувальної тактики.

Через місяць після стаціонарного лікування – напад гострого нестерпного болю в правому гомілково-стопному суглобі, що тривав упродовж 3 днів. Пацієнтка приймала еторикоксіб у дозі 90 мг на добу, внутрішньом'язово глюкокортикостероїди – лікування не мало ефекту. Зважаючи на емпіричний підхід до вибору НПЗП та наявність панічних атак, лікарем було рекомендовано пролонговану форму етодолаку 600 мг 1 раз на добу

(Етол SR) і дулоксетин (Дюксет) 60 мг на добу (по 30 мг 2 рази на добу). Напад купірувався на наступний день. Пацієнтка повернулася з добрим самопочуттям до звичного життя.

Етодолак (Етол Форт, Етол SR) – ЦОГ-2-помірно-селективний НПЗП, який завдяки ліпогідрофільності добре долає гематоенцефалічний бар'єр і тим самим сповільнює проведення больових імпульсів не тільки в осередку запалення, а й у провідних шляхах центральної нервової системи. Етодолак (Етол Форт, Етол SR) удвічі ефективніший за диклофенак в анальгезії, знеболення настає швидко – через 30 хв після прийому (в 4 рази швидше, ніж від диклофенаку); має високий профіль безпеки для серцево-судинної системи та шлунково-кишкового тракту (в 9 разів безпечніший за диклофенак у плані появи диспептичних явищ). Окрім того, етодолак має хондронейтральну дію.

Показанням для призначення етодолаку є больовий синдром різної етіології при остеоартрози, ревматоїдному та подагричному артриті, анкілозуючому спондиліті, в посттравматичному періоді, при люмбаго, радикулітах, артралгіях. У дослідженні M. Schattenkirchner, яке тривало 52 тиж (n=539), було показано чудову переносимість етодолаку: в 516 (95%) пацієнтів з остеоартрозом не було жодних побічних реакцій.



Рис. Рентгенограма плечових суглобів пацієнтки

На жаль, лікування ПР у більшості випадків не сприяє повному одужанню. Проте навіть за тривалого перебігу захворювання пацієнти зберігають працездатність. Вона може бути тимчасово втрачена лише в період гострої атаки захворювання. Розвиток суглобових деформацій та інвалідизація хворих паліндромним синдромом не настають.

Варто пам'ятати: гостра біль спричиняє зниження рухової активності, що призводить до атрофії м'язів і нестабільності суглобів. Це, своєю чергою, зумовлює посилення та хронізацію больового синдрому, прогресування остеоартрозу.

У схему лікування ПР також увійшов препарат Дюксет – дулоксетин компанії «Нобель». Дулоксетин – інгібітор зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну, чинить антидепресивну й анальгетичну дію, знеболювальна властивість цього препарату пояснюється здатністю уповільнювати передачу больових імпульсів у центральній нервовій системі. Тож комбінація двох препаратів – дулоксетину й етодолаку – чинить набагато вираженіший знеболювальний ефект у пацієнтів із ПР, знімає прояви депресії, тривоги.

Дюксет випускається у формі капсул. Препарат призначається в дозі 30-60 мг 1 раз на добу протягом 1-3 міс. Дулоксетин має відмінний профіль безпеки та характеризується доброю переносимістю. Є повідомлення про прийом великих доз (до 1400 мг).

Отже, ПР – один із рідкісних і тяжких ревматологічних діагнозів, що призводить до втрати працездатності, а також значного погіршення якості життя хворих. Повністю вилікувати цей синдром неможливо, проте при правильному виборі схеми лікування можна значно покращити стан пацієнта. Завдяки своїм патогенетичним властивостям етодолак (Етол SR) і дулоксетин (Дюксет) чинять значний знеболювальний і заспокійливий ефекти, що дає пацієнтам змогу зберегти працездатність, уникнути тривоги та безсоння. Крім того, етодолак (Етол SR) і дулоксетин (Дюксет) мають високий профіль безпеки, що робить їх препаратами вибору в лікуванні ПР.

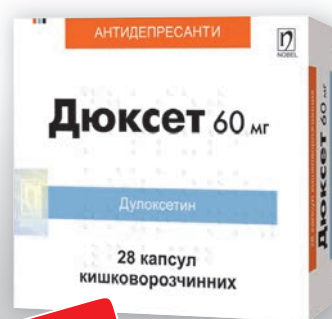
Підготувала Ольга Бублієва



Дюксет

Duloxetine

Ефективне лікування депресії та болю!



НОВИНКА

30-60 мг 1 раз на добу^{1,2}

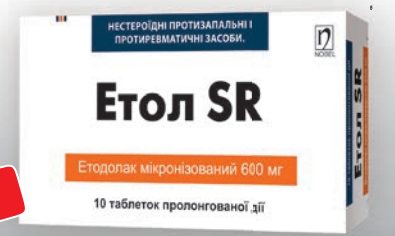
Етол SR

Етодолак мікронізований 600 мг

Знеболює 24 години

Для тривалого лікування артритів

1 таблетка 600 мг 1 раз на добу¹



НОВИНКА



¹Мастяк на увазі читача з інформації для пацієнта в частині "Показання для застосування": лікування великого депресивного розладу та в частині "Червоною лінією": дулоксетин також чинить безпосередню дію. Окремими інструкціями для медичного застосування препарату Дюксет: 1 капсула містить дулоксетин (пропартерин) еквівалентний дозуванню 30 мг або 60 мг. Антидепресант, інгібітор зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну, чинить безпосередню дію. При тривалому прийомі дулоксетин добре всмоктується. Показання: Лікування великого депресивного розладу. Лікування дрібного депресивного розладу. Лікування генералізованого тривожного розладу. Лікування епізодів початкової дози – 30 мг 1 раз на добу. Пацієнти з недостатнім ефектом лікування дозу потрібно збільшити до 60 мг на добу. Побічні реакції: запорошеність, нудота і т.д. Р.П. №156710101 від 22.12.2016. Коротка інструкція до препарату Етол SR: 1 таблетка – 600 мг мікронізованого еторикоксибу, МНЗС. Еторикоксіб – пропозитивний, знеболювальний та жарознижувальний дії. Лікування больового синдрому при остеоартрозі, Тубні реакції: диспепсія, нудота, та інші. Р.П. МОН України № UA1555740101 від 10.11.2016. Література: 1. Інструкція для медичного застосування препарату Дюксет; 2. Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну. Більше різних, чим сидіти. М.О.Добровіс, Київська кардіологія ММА ім. М.А.Скорохода, НДІЗ РАМН, Москва, Тимоніна і Голубовська, Том 374-42025. 3. Інструкція для медичного застосування препарату Етол SR; 4. Дні офіційного веб-сайту МОН України http://mon.gov.ua/ua/medicines/etoricoxib/etoricoxib.html; 5. Інформація для фахівців медичної та фармацевтичної сфери, а також для поширення на сайтах і конференціях з медичної тематики. За додатковою інформацією звертатися в представництво компанії Нобель в Україні: 04074, Київ, вул. Автомагістраль, 2 а, www.nobel.com.ua