

Боль, падения, ограничение двигательной активности и недостаточность питания как взаимосвязанные факторы риска инвалидизации лиц пожилого возраста: возможности коррекции

Д.м.н. О.В. Колоколов, к.м.н. Е.А. Салина, к.м.н. А.М. Колоколова

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, Саратов

РЕЗЮМЕ

В статье обсуждаются актуальные, с точки зрения неврологов, факторы риска и причины наступления инвалидности у лиц пожилого возраста, среди которых: сенсорные расстройства, боль в области позвоночника, депрессия, падения, сахарный диабет, деменция и остеоартрит. Важно, что наличие одного из хронических заболеваний не во всех случаях ограничивает жизнедеятельность пожилого человека, тогда как мультиморбидность часто приводит к значительному снижению качества жизни и увеличению риска наступления смерти. В центре внимания авторов — боль, падения, ограничение двигательной активности и недостаточность питания, которые могут стать взаимноотягчающими проблемами. Недостаточность питания в пожилом возрасте усугубляется наличием заболеваний нервной системы и служит причиной снижения мышечной и костной массы, нарастания ограничения двигательной активности. Важно, что успешное устранение одного из этих факторов позволяет уменьшить риск инвалидизации пациента. Подчеркнута важная роль своевременной диагностики и рационального комплексного подхода в лечении мультиморбидных состояний, в частности сочетания нестероидных противовоспалительных препаратов и витаминов группы В. Особое внимание уделено возможностям купирования боли у пациентов пожилого возраста, необходимости выбора лекарственных средств с высоким уровнем безопасности и мультимодальности.

Ключевые слова: хроническая боль, падения, ограничение двигательной активности, недостаточность питания, факторы риска, пожилой возраст, комплексное лечение.

Для цитирования: Колоколов О.В., Салина Е.А., Колоколова А.М. Боль, падения, ограничение двигательной активности и недостаточность питания как взаимосвязанные факторы риска инвалидизации лиц пожилого возраста: возможности коррекции. *PMЖ*. 2020;8:30–36.

ABSTRACT

Pain, fallings, motor activity limitation and malnutrition as interrelated risk factors for disability in the elderly: ways for correction

O.V. Kolokolov, E.A. Salina, A.M. Kolokolova

Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Saratov

The article discusses the current risk factors and causes of disability in the elderly in the view of neurologists. Among disabilities are sensory disorders, spinal pain, depression, fallings, diabetes, dementia and osteoarthritis. The presence of one chronic disease mustn't always limit the elderly life activity, while multimorbidity commonly leads to a significant decrease in life quality and an increase in the risk of fatal outcome. The authors focus on pain, fallings, motor activity limitation and malnutrition, which can become mutually aggravating problems. Malnutrition in the elderly can be aggravated by the presence of nervous system diseases and cause a decrease in muscle and bone mass, as well as the occurrence of motor activity limitation. It is important that the successful elimination of one of these factors reduces the risk of patient disability. The article emphasizes the role of timely diagnosis and rational integrated approach in the treatment of multimorbid conditions, in particular the need for a combination of NSAIDs and B vitamins. Special attention is paid to the possibilities of relieving pain in elderly patients, the need to choose medicines with a high level of safety and multimodality.

Keywords: chronic pain, fallings, motor activity limitation, malnutrition, risk factors, elderly age, complex treatment.

For citation: Kolokolov O.V., Salina E.A., Kolokolova A.M. Pain, fallings, motor activity limitation and malnutrition as interrelated risk factors for disability in the elderly: ways for correction. *RMJ*. 2020;8:30–36.

ВВЕДЕНИЕ

Согласно данным ВОЗ ожидается, что к 2050 г. число людей в возрасте старше 60 лет достигнет 2 млрд и составит 22% населения Земли [1]. Процесс старения характеризуется увеличением риска развития многих заболеваний, которые могут оказать значительное влияние на качество жизни. Тем не менее, по оценке экспертов ВОЗ, наличие болезни у пожилого человека не должно ассоциироваться со значимым ограничением его жизнедеятельности. В геронто-

логии понятие «здоровье» не определяется отсутствием заболевания. Состояние пожилого человека, при котором сохраняется способность поддерживать повседневную активность, выполнять конкретные дела, принято обозначать термином «здоровое старение». Важно, что у людей пожилого возраста функциональная способность может оставаться высокой, несмотря на имеющиеся проблемы со здоровьем. Темп изменения уровня физической и когнитивной активности по мере старения отчасти генетически

детерминирован, но, как правило, он не зависит от биологического возраста и во многом обусловлен влиянием физических и социальных факторов окружающей среды.

Согласно данным проекта «Глобальное бремя болезней» [2] основными причинами потерянных по причине инвалидности лет здоровой жизни в когорте лиц старше 60 лет являются: сенсорные расстройства, боль в области позвоночника, хроническая обструктивная болезнь легких, депрессия, падения, сахарный диабет, деменция и остеоартрит. Среди заболеваний, приводящих к смерти пожилых людей, лидируют ишемическая болезнь сердца, инсульт и хроническая обструктивная болезнь легких. Основные усилия, направленные на укрепление здоровья, должны быть сосредоточены на устранении факторов риска, приводящих к перечисленным выше заболеваниям. Мультиморбидность, т. е. наличие нескольких хронических заболеваний одновременно, может приводить к различным взаимодействиям: между двумя и более заболеваниями, усугубляя тяжесть их течения; между тяжестью течения одного из заболеваний и лечением другого; между лекарственными препаратами, назначенными для лечения двух и более патологических состояний (рис. 1). В результате мультиморбидности качество жизни значительно снижается, риск наступления смерти увеличивается, а оказание медицинской помощи требует серьезных финансовых расходов [2].

До недавнего времени было общепризнано, что основное бремя в пожилом возрасте приходится на неинфекционные болезни. Современный мир меняется. В 2020 г. уже инфекционные заболевания обсуждаются как одна из важных угроз жизни пожилого населения. По данным бюллетеня Европейского бюро ВОЗ, среди умерших, которые были инфицированы COVID-19 в период от начала регистрации таких случаев до 05.04.2020 (n=46 430), подавляющее большинство (95%) — люди в возрасте старше 60 лет. Однако значение мультиморбидности и в этой ситуации

оказалось колоссальным: многие (91%) умершие страдали коморбидными с COVID-19 заболеваниями, например, сердечно-сосудистые заболевания были диагностированы у 42% из них, сахарный диабет — у 20%, неврологические расстройства — у 14% [3].

Для снижения бремени болезней и смертности в пожилом возрасте разрабатываются и внедряются модели ведения пациентов, направленные на стимулирование здорового образа жизни и контроль факторов риска. Ведущее место в поддержании высокого качества жизни занимают рациональная физическая активность и правильное питание. Известно, что у людей, которые получают умеренную физическую нагрузку, по меньшей мере 150 мин в неделю, уровень смертности снижается на 31% по сравнению с менее активными. Это особенно актуально для лиц старше 60 лет. Преимущество дозированной физической активности в пожилом возрасте неоспоримо: сохраняются мышечная сила и ментальные функции, уменьшается вероятность возникновения тревожности и депрессии, повышается самооценка; снижается риск развития ишемической болезни сердца, инсульта и сахарного диабета; повышается социализация. Физическая активность способна улучшить когнитивные функции даже у людей с деменцией и снизить риск инсульта на 11–22% [2].

Но вместе с тем совершенно очевидно, что физическая активность не может быть высокой или даже умеренной в тех случаях, когда у человека нарушены двигательные функции, в особенности возможность ходить.

ФУНКЦИИ ХОДЬБЫ И РАВНОВЕСИЯ И ИХ НАРУШЕНИЕ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Функции ходьбы и равновесия являются основополагающими для обеспечения оптимального качества жизни у людей пожилого возраста. Нарушение равновесия — главный фактор риска падений. Следует отметить, что, согласно данным ВОЗ, падения регистрируются у трети людей старше 65 лет, а после 75 лет вероятность падения возрастает до 40% [4]. Падения провоцируют серьезные повреждения, в т. ч. переломы различной локализации, черепно-мозговые травмы, приводят к утрате трудоспособности, существенному ограничению социальной активности и занимают пятое место среди причин смертности в пожилом возрасте. Неустойчивость способствует формированию психоэмоциональных нарушений, в т. ч. развитию тревоги и депрессии, страха падения, требует постоянной поддержки, помощи окружающих [5, 6].

Выделяют несколько уровней контроля позы и ориентации тела в пространстве при движении. Центральная нервная система постоянно осуществляет интеграцию и анализ информации, поступающей от вестибулярного, зрительного, проприоцептивного анализаторов. Значимой составляющей реализации движений являются периферические нервы и костно-мышечные структуры. В пожилом возрасте утрата равновесия и, как следствие, падения обусловлены воздействием факторов внешней и внутренней среды. Причинами неустойчивости могут быть неврологические, соматические, психические болезни. Мультисенсорная недостаточность как проявление физиологического старения характеризуется структурными и функциональными изменениями различных отделов анализаторов, что приводит к рассогласованию работы афферентных и эфферентных систем организма. Наличие хронических соматических заболеваний, и особенно их сочетание, увеличивает вероятность падений более чем на 30%. Высокая распространенность

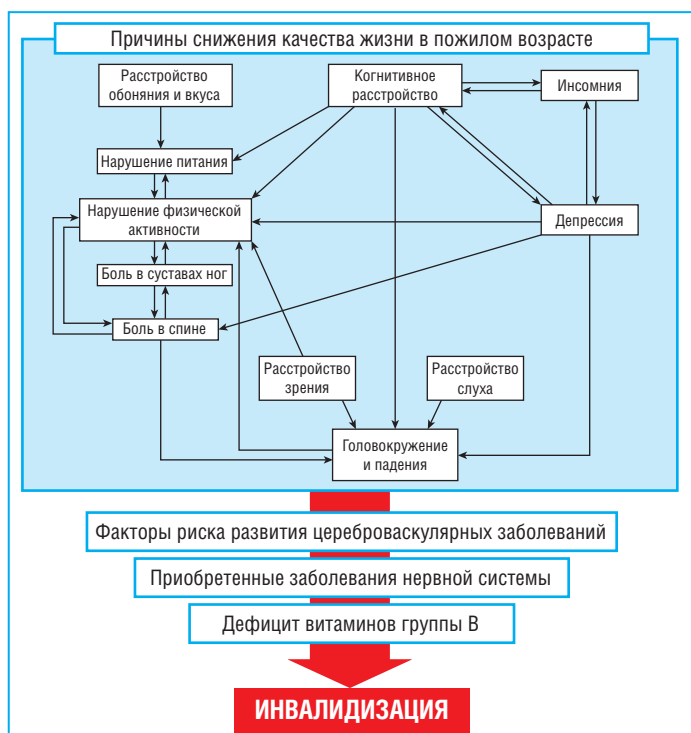


Рис. 1. Взаимосвязь причин инвалидизации пожилых людей, ассоциированных с поражением нервной системы, коморбидных заболеваний и дефицита витаминов В₁, В₆, В₁₂ [2]

цереброваскулярных, нейродегенеративных заболеваний у лиц пожилого возраста повышает риск падений вследствие наличия в клинической картине когнитивных расстройств и постуральных нарушений. Возрастные изменения скелетной мускулатуры, постепенное снижение мышечной массы, гиподинамия, малоподвижный образ жизни приводят к статическим и динамическим моторным нарушениям [7–9].

К тяжелым последствиям падений относятся повреждения опорно-двигательного аппарата: разрыв и растяжение мышц и связок, вывихи и подвывихи межпозвоночных суставов, переломы позвонков, компрессия корешков, переломы конечностей. Травматическое повреждение структур позвоночного столба сопровождается выраженными клиническими проявлениями, ведущим из которых является болевой синдром. В острый период травмы боль носит ноцицептивный характер и обусловлена развитием воспалительной реакции связок, суставов и спазмом мышц. Боль, как правило, интенсивная, ограничивает мобильность пациента, локализация ее сопоставима с местом повреждения. Снижение физической активности, имеющиеся возрастные дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника усугубляют патологию костно-мышечной системы, способствуют поддержанию болевой импульсации. В конечном итоге развивается периферическая и центральная сенситизация, наблюдается хронизация процесса, появляется нейропатический компонент боли. На фоне длительно существующего болевого синдрома наблюдается изменение психологического профиля пациента, возникают тревожность, страх появления боли при совершении движений, снижение мотивации, нарушение сна. Вследствие физических и функциональных факторов в процессе двигательной реабилитации у большинства гериастрических больных отмечаются нарушения статомоторной функции, изменение темпа и ритма ходьбы. Расстройство статического и динамического контроля формирует у пациентов ощущение неустойчивости и повышает риск падения. Таким образом, возрастные изменения костных структур, мышц, связок затрудняют восстановление функции равновесия и являются провоцирующим фактором падений. Утрата устойчивости, в свою очередь, приводит к травматическому повреждению позвоночника, конечностей и усугубляет двигательный дефицит [10].

У значительной части пожилых пациентов отмечается неустойчивость, причинами которой могут выступать поражения периферических нервов, структур позвоночного столба. Как правило, в данных ситуациях нарушение равновесия сопровождается болевым синдромом. Боль является распространенным симптомом среди пожилых людей, однако не является нормальной частью процесса старения. Боль нарушает способность к самообслуживанию, ограничивает независимость, ухудшает психосоциальную адаптацию, негативно влияет на качество жизни. Не менее 50% лиц старше 65 лет испытывают болевой суставной синдром, который приводит к снижению двигательной активности, неблагоприятным последствиям в виде ухудшения течения соматических заболеваний, повышает риск падений, нередко сочетается с аффективными расстройствами в виде тревоги и депрессии.

Боль и сенсорные нарушения у лиц пожилого возраста

Распространенность боли в спине в популяции пожилых людей составляет 15–30%. Как правило, у пациентов с болью в спине выявляются дегенеративно-дистрофические изме-

нения позвоночного столба, нередко остепороз, анкилозирующий спондилит. Нарушение биомеханики, функциональной анатомии позвоночника вследствие нерациональных динамических и статических нагрузок, микротравматизации вызывает клинические проявления вертеброгенной патологии, типичным симптомом которой является боль. Боль представляет собой сложную многокомпонентную реакцию. Источником ноцицептивной боли могут выступать мышцы, связки, фасции, межпозвоночные диски, суставы. При структурном повреждении периферической либо центральной соматосенсорной нервной системы боль носит нейропатический характер и наряду с болезненными ощущениями при осмотре определяются такие сенсорные нарушения, как аллодиния и вторичная гипералгезия. Особенности поведенческих и психоэмоциональных реакций у пожилых объясняют тенденцию к хронизации болевых синдромов, усугубляющуюся дезадаптацией, боль выступает дополнительным стрессовым фактором, приводящим к отказу от двигательной активности [10, 11].

По мере старения организма восприятие боли меняется. Болевые ощущения становятся менее выраженными, нередко встречаются безболевыми формы соматической патологии. Боль, как правило, появляется при значительных повреждениях тканей. Это связано с закономерными физиологическими структурными и функциональными изменениями афферентных комплексов, ослаблением активности нейротрансмиттерных систем. Отмечается замедление скорости проведения нервного импульса, уменьшение плотности миелиновой оболочки, меняется возбудимость сенсорных клеток. В целом наблюдается изменение модальности поступающей информации, что способствует формированию центральной и периферической сенситизации.

В клинической практике лечение болевого синдрома у пожилых вызывает у докторов трудности, что обусловлено широким диапазоном причин боли, наличием коморбидных состояний, приемом различных лекарственных препаратов, которые сами по себе могут способствовать возникновению болевых ощущений. Боль у пожилых пациентов имеет ряд особенностей, отличается характером и длительностью, ответом на терапию и степенью сопутствующих функциональных нарушений.

При ведении пожилых пациентов с болевым синдромом необходимо учитывать состояние когнитивных функций. Следует подчеркнуть, что изменение когнитивного статуса, утрата коммуникативных навыков осложняют сбор жалоб и анамнестических данных, больные могут необъективно оценивать свое состояние. Кроме того, расстройства когнитивной сферы негативно влияют на приверженность терапии. Нередко пациенты, имеющие когнитивный дефицит, не соблюдают режим дозирования, сроки приема препарата, что существенно затрудняет достижение лечебного эффекта.

Питание и его недостаточность у лиц пожилого возраста

При выборе медикаментозной терапии пожилых следует учитывать особенности фармакокинетики и фармакодинамики препаратов. Высокий риск лекарственного взаимодействия, повышение вероятности побочных эффектов используемых средств, возрастные особенности функционирования желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) — замедление всасывания и экскреции препарата — обуславливают сложность подбора оптимального препарата для купирова-

ния болевого синдрома. Важное значение имеют общее состояние организма, наличие соматических болезней в стадии декомпенсации, гиповитаминозов.

Известно, что процесс старения сопровождается физиологическими изменениями, которые оказывают неблагоприятное воздействие на пищевой статус. Ухудшение вкусовых ощущений и/или восприятия запахов приводит к снижению аппетита. Проблемы с полостью рта, зубами могут вызывать сложности с пережевыванием пищи и неприятные ощущения. Нарушение секреции желудочного сока приводит к пониженному усвоению железа и витамина B_{12} . Снижение зрения и слуха, боль в области позвоночника и/или суставов ограничивают мобильность и влияют на способность пожилых людей совершать покупки и готовить пищу. Одиночество, депрессия и нехватка денежных средств также могут влиять на проблему питания. В свою очередь, недостаточность питания в пожилом возрасте нередко приводит к снижению мышечной и костной массы, ухудшению когнитивных функций, снижению способности самообслуживания и, как следствие, прогрессированию двигательных расстройств и хронизации боли. Повсеместная оценка распространенности недостаточности питания в мире не проводилась. Однако есть данные о том, что недостаточность питания зафиксирована в разных странах у многих (15–60%) пациентов, госпитализированных в стационар, проживающих в домах престарелых или принимающих участие в программах помощи на дому [2, 12].

С возрастом развиваются морфологические, функциональные изменения на системном, органном, тканевом, клеточном, внутриклеточном уровнях, которые усугубляются гиподинамией, особенностями питания, хроническими заболеваниями, травмами. Уменьшение количества функционирующих клеток, снижение скорости и нарушение обменных процессов обуславливают развитие атрофии тканей, повреждение нервов, что в результате негативно отражается на способности к физиологической и репаративной регенерации, препятствует быстрой компенсации, восстановлению функций нервной ткани и физической активности. Дисметаболические нарушения у людей старше 65 лет зачастую приводят к поражению периферических нервов, формированию невропатий.

Дефицит витаминов группы В и возможности его коррекции у лиц пожилого возраста

В рутинной практике для лечения болевого синдрома, невропатий, коррекции метаболических нарушений широко применяются витамины группы В. Общеизвестно, что недостаток витаминов группы В вследствие особенностей питания, действия токсических факторов, заболеваний ЖКТ, хирургических вмешательств приводит к патологии структур периферической нервной системы (ПНС). Однако избыток, например, тиамин, в свою очередь, может стать причиной острой или хронической полиневропатии [13].

При назначении витаминов группы В следует придерживаться научно обоснованных рекомендаций, учитывать индивидуальные факторы риска и возможные нежелательные явления. Для эффективного и безопасного применения витаминов группы В существует ряд показаний, которые необходимо учитывать при ведении пациентов.

Витамины группы В применяют при умеренном или сильном болевом синдроме как ноцицептивного, так и нейропатического характера. Анальгетический эффект витаминов

обусловлен торможением сенсорных нейронов задних рогов спинного мозга, таламуса, активацией антиноцицептивной системы, угнетением синтеза провоспалительных цитокинов. Установлено, что витамины группы В изменяют активность ноцицептивных элементов центральной нервной системы. Эксперименты показали, что возбудимость ноцицептивных нейронов уменьшалась при использовании комплекса витаминов группы В, наблюдался дозозависимый эффект. В ряде рандомизированных клинических исследований (РКИ) отмечено, что добавление комплекса витаминов группы В к антиконвульсантам способствует уменьшению выраженности тактильной аллодинии [14–17].

Витамины группы В эффективны в отношении восстановления пораженных структур ПНС. Согласно исследованию M. Eckert et al. 1149 пациентов с болевыми невропатиями в течение трех недель получали комплекс витаминов группы В, при этом наблюдалось значительное ослабление интенсивности болевого синдрома, уменьшение парестезий в 69% случаев [18].

При диабетической, алкогольной полиневропатии, как правило, выявляется дефицит тиамин, и назначение витаминов группы В является абсолютно оправданным. РКИ демонстрируют, что применение больших доз тиамин при диабетической и токсической (алкогольной) полиневропатии приводит к кратковременному уменьшению интенсивности боли, парестезий, купированию сенсорных нарушений, в частности улучшению температурной и вибрационной чувствительности [19]. При дистальной сенсорной или сенсорной форме полиневропатии у пациента следует исключить недостаток пиридоксин. Типичным проявлением дефицита пиридоксин является дистальная симметричная полиневропатия. Подострая дегенерация задних столбов спинного мозга, обозначаемая как фуникулярный миелоз, развивается при недостатке цианокобаламина. По данным исследований, проведенных в США и Англии, дефицит цианокобаламина определялся у 6% населения, преимущественно пожилого возраста [12, 13].

Показанием для назначения витаминов группы В является радикулопатия. Поражение корешков спинного мозга сопровождается дисметаболическими и трофическими нарушениями. Доказано, что витамины группы В играют важную роль в процессах ремиелинизации, обладают антиоксидантной активностью, оказывают положительное влияние на метаболизм и трофику тканей и нервов [20]. Обзор работ показал, что использование витаминов группы В способствует уменьшению интенсивности корешковой и скелетно-мышечной боли [21]. Применение цианокобаламина в дозе 1000 мкг на протяжении 10 дней у пациентов с люмбагией и поясничной радикулопатией уменьшало выраженность болевого синдрома по сравнению с плацебо [22]. В ряде исследований продемонстрировано, что дефицит тиамин, пиридоксин и цианокобаламина может проявляться развитием тревожных, депрессивных расстройств. Изменения психоэмоционального статуса при болевом синдроме позволяют использовать витамины группы В в случаях хронизации болевого процесса (рис. 2) [23–26].

Возможности использования комбинации нестероидных противовоспалительных препаратов и витаминов группы В

В течение нескольких десятилетий «золотым стандартом» эффективности и эталоном профиля безопасности нестеро-

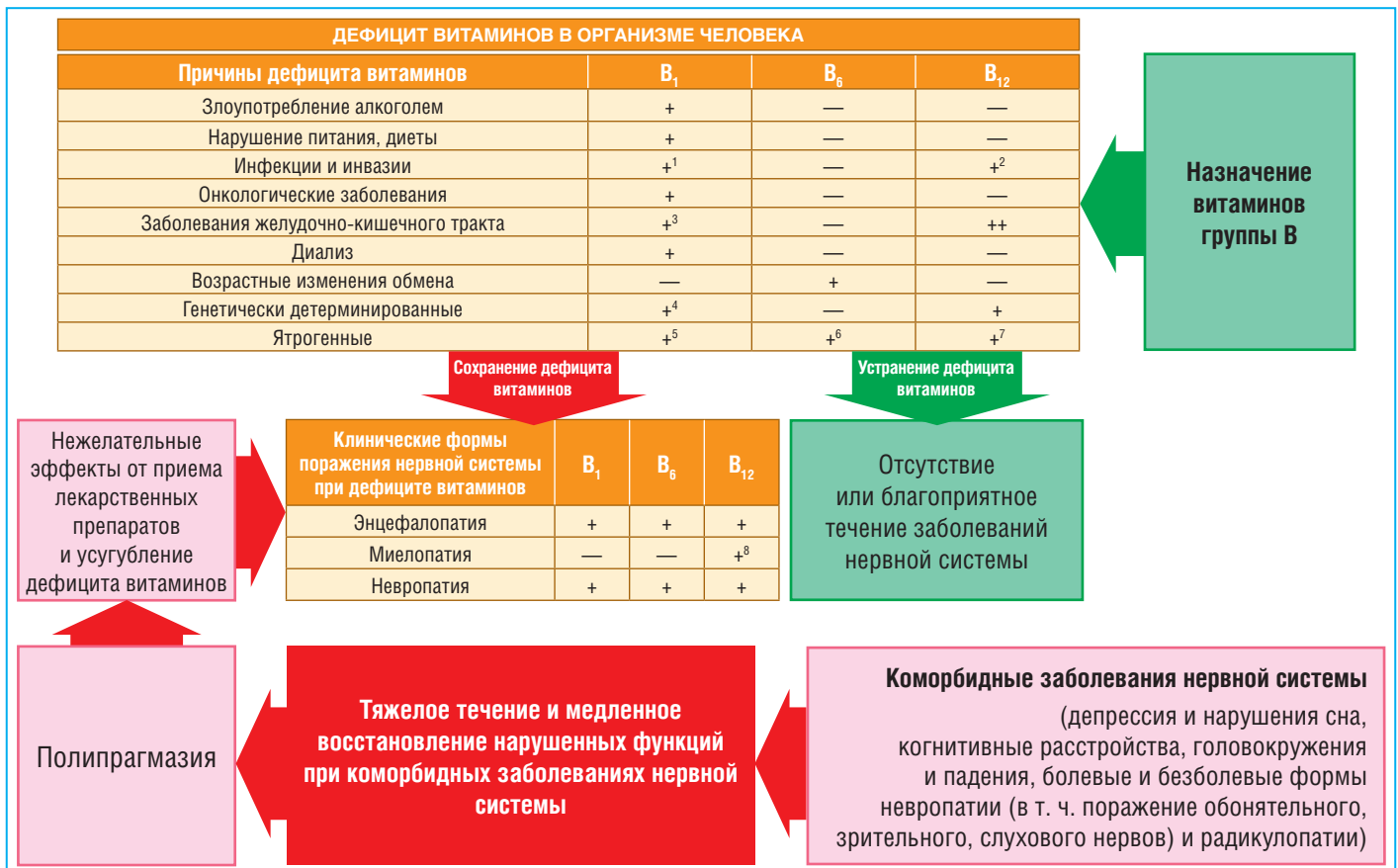


Рис. 2. Причины и клинические проявления дефицита витаминов B₁, B₆, B₁₂, возможные проблемы, связанные с коморбидностью, полипрагмазией, и возможности их профилактики [12, 13].

1 – ВИЧ-инфекция; 2 – дифиллоботриоз; 3 – резекция желудка; 4 – THMD-1-THMD-5; 5 – петлевые диуретики, бигуаниды, карбонат кальция, антибиотики; 6 – петлевые диуретики, антиконвульсанты, антибиотики, изониазид, пеницилламин, гидралазин; 7 – петлевые диуретики, бигуаниды, метформин, антиконвульсанты, антибиотики, ингибиторы протонной помпы, H₂-гистаминоблокаторы; 8 – фуникулярный миелоз

идных противовоспалительных препаратов (НПВП) является диклофенак натрия. Он обладает выраженным анальгетическим и противовоспалительным эффектом и применяется для лечения хронических воспалительных заболеваний, дегенеративных заболеваний суставов и позвоночника [27]. Диклофенак обладает доказанной высокой эффективностью и хорошей переносимостью, сопоставимой с переносимостью ингибиторов ЦОГ-2 [27]. Препарат широко применяется в клинической практике, положительно оценивается как докторами, так и пациентами [28].

Диклофенак хорошо проникает и накапливается в очагах воспаления, совместим с различными лекарственными средствами, что определяет его лидирующие позиции среди НПВП [29]. Противовоспалительное действие диклофенака обусловлено одновременным угнетением активности обоих изоферментов циклооксигеназы (ЦОГ-1 и ЦОГ-2). Диклофенак изменяет метаболизм арахидоновой кислоты, снижает и блокирует синтез простагландинов в тканях. Отмечается угнетение экссудативной и пролиферативной фаз воспаления, несмотря на это, относительно редко наблюдается поражение ЖКТ. По профилю безопасности в отношении ЖКТ диклофенак превосходит многие другие неселективные НПВП [30, 31]. При наличии у пациента относительно низкого риска серьезных нежелательных явлений диклофенак сравним с селективными НПВП [30, 31]. Но в целом суммарная частота осложнений при использовании диклофенака оказалась выше по сравнению с селективными НПВП [30, 31].

Диклофенак, как и другие НПВП, обладает антиагрегантной активностью, но не конкурирует с ацетилсалициловой кислотой и не снижает ее антитромбоцитарного эффекта. При использовании диклофенака существует вероятность колебаний артериального давления и дестабилизации сердечной недостаточности, с чем ассоциируется развитие кардиоваскулярных катастроф. В настоящее время получены данные о том, что риск развития побочных явлений со стороны сердечно-сосудистой системы может зависеть от дозы диклофенака и продолжительности приема препарата. Odom et al. выполнили регрессионный метаанализ, используя данные 11 наблюдательных исследований, демонстрирующих зависимость между дозой диклофенака и относительным риском развития побочных кардиоваскулярных эффектов, и определили, что для дозы 50 мг относительный риск составляет 1,13 (1,08–1,18), для дозы 100 мг – 1,26 (1,17–1,35), для дозы 150 мг – 1,39 (1,25–1,53) [32]. В 2005 г. в Великобритании были проанализированы данные общеврачебной практики и установлено, что при приеме диклофенака менее 1 мес. относительный риск кардиоваскулярных осложнений составляет 0,99 (0,73–1,35), но использование препарата длительно, от 1 мес. до 1 года, повышает вероятность негативного действия на сердечно-сосудистую систему: относительный риск возрастает до 1,19 (0,92–1,53). Применение этого НПВП более года увеличивает относительный риск уже до 1,38 (1,00–1,90). Современные данные свидетельствуют о том, что применение низких терапевтических доз диклофенака в течение короткого периода времени значительно снижает

НЕЙРОДИКЛОВИТ

Капсулы с модифицированным высвобождением, № 30 диклофенак + пиридоксин+тиамин + цианокобаламин

Снижение сроков лечения и возможность уменьшения дозировки диклофенака (за счет синергизма: диклофенак + витамины группы В)^{1,2}



Рег. Уд.: ЛС-002517 от 29.11.2011

Реклама

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ*:	ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ*:	
В начале лечения – по 1 капсуле 2-3 раза в сутки 	Невралгии и невриты (шейный синдром, люмбаго, люмбоишиалгия) 	Воспалительные и дегенера- тивные заболевания суставов и позвоночника (остеоар- троз, спондилоартрит и др.) 
В качестве поддерживающей дозы – 1-2 раза в сутки 	Острый подагрический артрит 	Болевой синдром при воспалениях неревматической природы 

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ.

* Более подробная информация - в инструкции по медицинскому применению препарата.

1. Камчатнов П.Р., Умарова Х.Я. Нейродикловит: возможность применения у пациентов с поясничной болью. Справочник поликлинического врача I № 3 I 2014.

2. Оригинальное исследование: Mibielli MA, Geller M. et al. Diclofenac plus B vitamins versus diclofenac monotherapy in lumbago: the DOLOR study. Curr Med Res Opin. 2009 Nov;25(11):2589-99.

Производитель: «Г.Л. Фарма ГмбХ», Австрия
Адрес: 115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д. 31, стр. 5

BAUSCH+Health

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

RUS-NEU-NDC-NON-04-2020-1606-updated

системное воздействие и, как следствие, уменьшает риск развития неблагоприятных цереброваскулярных событий. Это позволяет считать диклофенак оптимальным препаратом при выборе лечения острого болевого синдрома [33]. Приему диклофенака нередко сопутствует такое нежелательное явление, как диспепсия. Известно, что диклофенак обладает гепатотоксическим действием, однако клинически выраженная патология печени возникает редко. По данным РКИ MEDAL, из 17 289 больных, принимавших диклофенак 150 мг/сут на протяжении 1,5 года, повышение аланинаминотрансферазы (АЛТ) более чем в 3 раза выше нормы было отмечено у 527 (3,1%), в 10 раз и более — у 86 (0,5%). Важно, что после отмены препарата уровень АЛТ быстро возвращался к норме. Известно, что 4 пациента (0,023%), принимавших этот НПВП, были госпитализированы из-за гепатотоксических реакций, но никому из них не потребовалась пересадка печени, летальных исходов не произошло [34]. Таким образом, диклофенак остается оптимальным препаратом по соотношению эффективности, переносимости, безопасности и доступной стоимости для лечения острой и хронической боли [27, 31]. Следует отметить, что при назначении диклофенака необходимо оценить факторы риска развития НПВП-гастропатии, заболеланий сердечно-сосудистой и гепатобилиарной систем. При умеренном риске серьезных нежелательных явлений (у лиц пожилого возраста без значимой коморбидной патологии или пациентов с заболеваниями ЖКТ без серьезных осложнений в анамнезе), отсутствии кардиоваскулярной патологии либо при ее эффективной медикаментозной коррекции диклофенак может быть использован в комбинации с гастропротекторами [31].

При использовании комбинации витаминов В₁, В₆, В₁₂ и диклофенака отмечена значительно большая выраженность анальгезирующего эффекта при уменьшении длительности терапии, что подтверждается в ряде РКИ [35]. Достоверно раньше снижается острота боли по субъективному ощущению больных при включении в терапию препаратов, содержащих витамины группы В, чем при монотерапии НПВП [36–38]. Помимо этого, комбинация НПВП с витаминами группы В позволяет снизить дозу НПВП. В ряде исследований, в которых комплекс витаминов группы В назначался в качестве адъювантной терапии при применении НПВП (диклофенака), обезболивающий эффект выражался не только в уменьшении интенсивности боли при ее оценке по визуальной аналоговой шкале, но и в улучшении качества жизни в целом, чему способствовало улучшение ночного сна [14, 15, 39–41].

В РКИ DOLOR продемонстрирована эффективность комбинации диклофенака и витаминов группы В не только в отношении купирования болевого синдрома. При оценке двигательной активности было выявлено увеличение амплитуды движений в позвоночнике, улучшение мобильности пациентов с болью в нижней части спины. Таким образом, назначение витаминов В₁, В₆, В₁₂ в сочетании с диклофенаком приводит не только к регрессу боли, но и повышает функциональную активность больных [42].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При обращении за медицинской помощью пациента пожилого возраста, независимо от непосредственной причины визита, необходимо:

- уделять особое внимание жалобам на ограничение физической активности по причине головокружений

и падений, боли в области позвоночника и суставов нижних конечностей;

- обсуждать вопросы, связанные с питанием пожилых людей, и оценивать их физическую активность и нарушения обоняния и вкуса как возможные причины нарушения питания;
- проводить скрининг на предмет выявления когнитивных нарушений и депрессии, которые могут усугублять ограничение физической активности и нарушения питания;
- оценивать наличие коморбидных заболеваний нервной системы, которые могут усугублять ограничение физической активности и нарушения питания;
- мотивировать на сохранение регулярной умеренной физической активности и избегание чрезмерных физических нагрузок;
- мотивировать на сохранение регулярного и сбалансированного по рациону питания;
- избегать полипрагмазии при назначении лечения, особенно при наличии нескольких хронических заболеваний;
- для купирования острой ноцицептивной боли проводить монотерапию одним из наиболее безопасных для конкретного пациента НПВП с учетом коморбидной патологии и лекарственного анамнеза;
- для лечения хронической нейропатической боли, ассоциированной с заболеваниями нервной системы, использовать ступенчатую терапию с включением сбалансированных комплексных лекарственных препаратов;
- при лечении хронической нейропатической боли уделять особое внимание лечебной гимнастике и использовать элементы когнитивной поведенческой терапии;
- контролировать приверженность терапии;
- обсуждать вопросы безопасной окружающей среды [2, 5, 11, 41].

Наш клинический опыт позволяет считать примером рациональной фармакотерапии при возникновении боли на фоне поражения ПНС назначение комплекса Нейродикловит — удачного сочетания НПВП (диклофенака) с витаминами В₁, В₆, В₁₂. При появлении признаков нейропатической боли витаминами группы В целесообразно сочетать с антидепрессантами или антиконвульсантами. В любом случае важно сохранять умеренную физическую активность и достаточное питание. Мы согласны с мнением авторов, которые полагают, что такой подход в настоящее время остается наиболее оптимальным и безопасным [38, 43].

Благодарность

Публикация осуществлена при поддержке компании ООО «Бауш Хелс» в соответствии с внутренней политикой и действующим законодательством РФ.

Литература

- 10 фактов о старении и здоровье. (Электронный ресурс). URL: <https://www.who.int/features/factfiles/ageing/ru/>. Дата обращения: 10.04.2020. [10 facts about aging and health. (Electronic resource). URL: <https://www.who.int/features/factfiles/ageing/ru/>. Access date: 10.04.2020 (in Russ.)].
- Всемирный доклад о старении и здоровье. ВОЗ; 2016. (Электронный ресурс). URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789244565049_rus.pdf;jsessionid=69BBD2B3087BD5BE331FEFC60BB58D60?sequence=10. Дата обращения: 10.04.2020. [World report on aging and health. WHO; 2016. (Electronic resource). URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789244565049_eng.pdf;jsessionid=69BBD2B3087BD5BE331FEFC60BB58D60?sequence=10. Access date: 10.04.2020 (in Russ.)].

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>