

По данным О.И. Линева и соавт. (2003), развитию анемии беременных способствует экологическое неблагополучие. Изучение направленности течения метаболических процессов и состояния гемопоза у беременных показало прямую связь между частотой анемий и высоким уровнем антропогенного загрязнения в зоне проживания исследуемых.

Анализ динамики случаев заболевания анемией, по официальным данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, на 100000 человек отчетливо показывает рост числа больных.

Из всех анемий 80% составляет ЖДА. Возрастные группы, в которых анемия встречается чаще, - это женщины детородного возраста, беременные и дети 12-17 лет. Распространенность ЖДА у детей меняется с возрастом. В период быстрого роста дефицит железа достигает 50% и превалирует у девочек (они быстрее растут, и у них появляются менструальные кровопотери). Среди детей от многоплодной беременности и детей с опережающим обычными нормами ростом ЖДА на первом году жизни выявляется более чем в 60% случаев. В пожилом возрасте половые различия постепенно исчезают, и даже отмечается преобладание мужчин с дефицитом железа. По данным официальной статистики Минздрава России, из числа родивших женщин в 1995 г. имели анемию 34,4%, а в 2000 г. -

43,9%- В отдельных группах населения частота встречаемости железодефицитных состояний достигает 50% и даже 70-80%. Дефицит железа, по данным ВОЗ 1992 г., определяется у 20-25% всех младенцев, 43% детей в возрасте до 4 лет и до 50% подростков (девочки).

Заключение. Анемия, не вылеченная на ранней стадии, может иметь тяжелые последствия. Тяжелая степень переходит в сердечную недостаточность, соединенную с тахикардией, отеками, пониженным артериальным давлением. Иногда люди попадают в больницу с резкой потерей сознания, причиной которой является недолеченная, либо не выявленная вовремя анемия. Поэтому, если вы заподозрили у себя данный недуг или склонны к низкому гемоглобину, то стоит раз в три месяца сдавать контрольный анализ крови.

Список литературы

1. Jesse, Russell Анемия / Jesse Russell. - М.: VSD, 2012. - 591 с.
2. Алексеев, Н. А. Анемии / Н.А. Алексеев. - Москва: Наука, 2009. - 512 с.
3. Анемии у детей. - М.: Медицина, 2009. - 360 с.
4. Волкова, Светлана Анемия и другие болезни крови. Профилактика и методы лечения / Светлана Волкова. - Москва: Мир, 2013. - 160 с.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ДОРСАЛГІЇ ЗГІДНО ДЕРЖАВНИХ ТА МІЖНАРОДНИХ СТАНДАРТІВ

*Унгурян Л.М.,
доктор фармацевтичних наук, професор кафедри організації та економіки фармації
Одеського національного медичного університету*

*Беляєва О.І.,
кандидат фармацевтичних наук, доцент кафедри організації та економіки фармації
Одеського національного медичного університету*

*Федоренко І.В.,
студентка Одеського національного медичного університету*

*Ямілова Т.Н.,
кандидат медичних наук, доцент кафедри професійної патології, клінічної лабораторної та функціональної діагностики Одеського національного медичного університету*

*Волощук Х.Ю.
асистент кафедри організації та економіки фармації
Одеського національного медичного університету*

MODERN APPROACHES TO PHARMACEUTICAL CARE FOR PATIENTS WITH DORSALGIA UNDER DOMESTIC AND INTERNATIONAL DOCUMENTS

*Unhurian L.M.,
prof, PharmD, department of organization and economy of pharmacy, Odessa National Medical University*

*Beliayeva O.I.,
PhD in Pharmacy, assistant professor, department of organization and economy of pharmacy,
Odessa National Medical University*

*Fedorenko I.V.,
student, Odessa National Medical University*

*Yamilova T.N.,
PhD in Medicine, assistant professor, department of occupational pathology,
clinical laboratory and functional diagnostics, Odessa National Medical University*

*Voloshchuk H.Yu.
assistant of department of organization and economy of pharmacy, Odessa National Medical University*

Анотація

Дорсалгія за рекомендаціями ВООЗ із 2000 року включена в число пріоритетних досліджень. Поширеність цього синдрому становить 60-90%. Гостра біль в спині в 10-20% випадків у пацієнтів працездатного віку стає хронічною, характеризується несприятливим прогнозом і обумовлює значні (до 80%) витрати охорони здоров'я на лікування болю в спині. Згідно з МКХ-10, дорсалгія відноситься до захворювань кістково-м'язової системи та сполучної тканини. Метою дослідження було визначити особливості фармацевтичної допомоги згідно вітчизняних та міжнародних документів. Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на дорсалгію затверджено наказом МОЗ України № 487 від 17.08.2007 р. З 28 квітня 2017 року набув чинності Наказ МОЗ України № 1422 від 29 грудня 2016 р., який дозволяє українським лікарям використовувати у своїй роботі міжнародні клінічні протоколи. Згідно електронних джерел доказової медицини сайту МОЗ України, було визначено, що у розділах Orthopaedics\Ортопедія; Physical medicine\Фізична медицина; та Surgery\Хірургія розміщено Керівництво з лікування больового синдрому в нижній частині спини (Low back pain EBM Guidelines). За вітчизняним Протоколом передбачені наступні класи препаратів: нестероїдні протизапальні засоби; анальгетики; міорелаксанти; антипароксизмальні; транквілізатори; антидепресанти; препарати з хондропротекторною дією; препарати, що покращують мікроциркуляцію, регіонарну та центральну гемодинаміку, зменшують венозний застій та гідратацію тканин; препарати з метаболічною дією. Також протоколом передбачені медикаментозні блокади з глюкокортикостероїдними препаратами пролонгованої дії та місцевим анестетиком. За міжнародним Керівництвом лікувальна програма дорсалгії проводиться в залежності від тривалістю перебігу дорсалгії та включає препарати за МНН Парацетамол, опіоїди, м'язові релаксанти, антидепресанти. Таким чином, встановлені відмінності у напрямках лікування дорсалгії за вітчизняним та міжнародним протоколами, що можливо вимагає перегляду вітчизняного клінічного протоколу з метою включення лише ЛЗ з доведеною клінічною ефективністю.

Abstract

Dorsalgia has been included into the priority studies according to WHO recommendations from 2000. The prevalence of this syndrome is 60-90%. Acute back pain becomes chronic in 10-20% of cases for working-age patients, it's usually characterized by adverse prognosis and causes significant (up to 80%) spending of health care system for the treatment of back pain. According to the ICD -10, dorsalgia is a disease of the bone and muscular system and connective tissue. The purpose of the study was to identify the features of pharmaceutical assistance in accordance with national and international documents. The clinical protocol for the provision of medical care to patients with dorsalgia has been approved by the order of the Ministry of Health of Ukraine No. 487 dated August 17, 2007. On April 28, 2017, the Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 1422 dated December 29, 2016 was entered into force, what allows Ukrainian doctors to use international clinical protocols in their work. According to electronic sources of evidence-based medicine at the website of the Ministry of Health of Ukraine, it was determined that low back pain EBM Guidelines was posted in the sections Orthopaedics \ Ортопедія; Physical medicine \ Фізична медицина; and Surgery \ Хірургія. According to the National Protocol, the following classes of drugs are envisaged: non-steroidal anti-inflammatory drugs; analgesics; muscle relaxants; antiparoxysmal; tranquilizers; antidepressants; drugs with chondroprotective action; treatment that improves microcirculation, regional and central hemodynamics, reduces venous stasis and tissue hydration; drugs with metabolic action. Also, the protocol provides medication blockades with glucocorticosteroid drugs of prolonged action and local anesthetic. According to the International Guide, the therapeutic program of dorsalgia is performed according to the duration of the course of dorsalgia and includes the drugs of the INN, paracetamol, opioids, muscle relaxants, antidepressants. Thus, differences in treatment directions of dorsalgia are established according to domestic and international protocols, which may require revision of the domestic clinical protocol in order to include only the drugs with proven clinical effectiveness.

Ключові слова: фармацевтична допомога, дорсалгія, біль у спині, лікарські засоби

Keywords: pharmaceutical care, dorsalgia, Low back pain, medications

Біль у спині, або дорсалгія — важлива ланка неврологічної патології. За рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) із 2000 року дорсалгія включена в число пріоритетних досліджень. Експерти ВООЗ у розвинутих країнах наголошують, що біль у нижньому відділі спині подібний пандемії, адже 90% всіх захворювань нервової системи асоціюються з болем. Протягом життя біль в нижній частині спини виникає у 85-90% дорослого населення. У кожній 5-ої людини в світі у віці старше 27 років відзначається дискогенний радикуліт [1,2,12]. Біль у спині представляє міждисциплінарну проблему, так як вона спостерігається в клінічній картині як соматичних так і неврологічних захворювань. В МКХ-10 болі в спині (дорсалгія)

відносяться до захворювань кістково-м'язової системи та сполучної тканини [1,11].

Актуальність цього питання підтверджується насамперед частотою виникнення хронічного больового синдрому, який веде до тривалої втрати працездатності в осіб молодого віку, а іноді й до інвалідизації. Так, за літературними даними, гостра біль в спині в 10-20% випадків у пацієнтів працездатного віку стає хронічною. Ця група пацієнтів характеризується несприятливим прогнозом і обумовлює значні (до 80%) витрати охорони здоров'я на лікування болю в спині [3,4].

Епідеміологічні дослідження Міжнародної асоціації вивчення болю (IASP) довели, що 56 % населення протягом 10 днів на рік відчувають біль в

спині, та близько 9 % – від 10 до 100 днів. Поперковий больовий синдром найчастіше розвивається у віці від 20 до 50 років, при цьому найбільш виражений біль спостерігається у віці 50-64 років. У віці від 20 до 64 років від болю в спині страждають 24 % чоловіків і 32 % жінок [5,6].

За даними міжнародних джерел літератури, в США було проведено дослідження по використанню послуг системи охорони здоров'я й рівню витрат на пацієнтів із хронічним болем у нижній частині спини залежно від наявності нейропатичного компонента. Встановлено, що загальні прямі витрати на лікування хронічного болю в нижній частині спини, пов'язані з використанням ресурсів США, становили 96 млн \$ протягом 12-місячного спостереження, а витрати на лікування хронічного больового синдрому в нижній частині спини з нейропатичним компонентом — 96 % від загального обсягу видатків [6,13].

Найбільш часто у практиці лікаря зустрічаються вертеброгенні дорсалгії. На думку вченого А. Я. Попелянського, вертеброгенні дорсалгії поділяються на вертебральні та екстравертебральні [2,12]. Вертебральний синдром включає такі симптоми: больовий – локальна болючість під час пальпації, міофіксаційний (напруження м'язів, м'язово-тонічний дисбаланс), вертебральні деформації (сплющення, кіфосколіоз – обмеження обсягу рухів у певному відділі хребта) та морфологічний (зумовлений виникненням вертебрального корінцевого синдрому) симптомокомплекс.

В Україні вертеброгенні больові синдроми в загальній структурі захворюваності з тимчасовою втратою працездатності посідають друге місце і складають до 20-30 %, а в структурі захворюваності периферичної нервової системи – до 80 випадків втрати працездатності [6].

Лікування дорсалгії повинно бути комплексним, має впливати на основні етіологічні чинники та патогенетичні механізми. Тому метою нашого дослідження було визначити особливості фармацевтичної допомоги хворим на дорсалгії згідно вітчизняних та міжнародних документів.

Так, у наказі МОЗ України № 487 від 17.08.2007 р. «Про затвердження клінічних протоколів Надання медичної допомоги за спеціальністю «Неврологія»» представлено вітчизняний протокол надання медичної допомоги хворим на дорсалгії [2,3,7]. За протоколом визначаються такі види дорсалгії за кодом М54 (МКХ-10):

М 54.0 Панікуліт, що уражає ділянку шиї та спини

М 54.1 Радиклопатія

М 54.2 Цервікалгія

М 54.3 Ішіалгія

М 54.4 Люмбаго з ішіалгією

М 54.5 Біль у нижній ділянці спини

М 54.6 Біль у грудному відділі хребта

М 54.8 Інші дорсалгії

М 54.9 Дорсалгія, неуточнена

Вітчизняний протокол визначає, що основними завданнями ведення хворого зі спондилогенними дорсалгіями є:

1. Створення умов, що повинні сприяти зниженню інтенсивності больових проявів, зменшенню навантаження на структури опорно-рухової системи (ортопедичний режим, ортези та ін.).

2. Медикаментозне лікування (основні класи препаратів):

- нестероїдні протизапальні засоби;
- анальгетики;
- міорелаксанти;
- антипароксизмальні;
- транквілізатори;
- антидепресанти;
- препарати з хондропротекторною дією;
- препарати, що покращують мікроциркуляцію, регіонарну та центральну гемодинаміку, зменшують венозний застій та гідратацію тканин;
- препарати з метаболічною дією.

3. Медикаментозні блокади (епідуральні сакральні, корінцеві селективні та інші) з ГКС пролонгованої дії та місцевим анестетиком.

4. Фізіотерапія.

5. Рефлексотерапія.

6. Мануальна терапія, ЛФК.

Тривалість лікування залежить від ступеня вираженості і характеру больового синдрому. Термін перебування у спеціалізованому стаціонарі повинен бути максимально коротким до досягнення мети етапу активної терапії. При лікуванні в амбулаторних умовах лікування повинно проводитись упродовж усього періоду тимчасової непрацездатності [7].

В сучасних умовах розвитку вітчизняної охорони здоров'я особливого значення набуває використання у лікарській практиці нових клінічних протоколів, як найважливішого шляху впровадження доказової медицини в нашій країні. Так, 28 квітня 2017 набув чинності Наказ МОЗ України № 1422 від 29 грудня 2016 р., який дозволяє українським лікарям використовувати у своїй роботі міжнародні клінічні протоколи [8,9].

Згідно електронних джерел доказової медицини сайту МОЗ України, нами було визначено, що у розділах Orthopaedics\Ортопедія; Physical medicine\Фізична медицина; та Surgery\Хірургія розміщено Керівництво з лікування больового синдрому в нижній частині спини (Low back pain EBM Guidelines) [10].

За даним Керівництвом лікувальна програма дорсалгії проводиться в залежності від тривалістю перебігу дорсалгії:

Гострий перебіг (до 6 тижнів захворювання) анальгетиком першої лінії є Парацетамол. Його щоденна доза не повинна перевищувати 3000 мг. Проте Парацетамол не перевершує плацебо, полегшуючи біль у спині або зменшуючи тривалість болю. НПЗП можуть застосовуватися для полегшення гострого болю у спині. Їх ефективність при гострих болях в спині була доведена, але вона не дуже висока. Якщо Парацетамол та НПЗП недостатньо ефективні від болю, лікувальний ефект може бути підвищений шляхом додавання опіоїду (препарати Кодеїну в комбінованій формі або Трамадол). М'язові релаксанти є більш ефективними, ніж плацебо, але вони не є ефективнішими, ніж НПЗП, і комбінація м'язових релаксантів та НПЗП не дає до-

даткової користі. Однак розслаблюючий м'яз є альтернативою, коли НПЗП не підходять або спричиняють несприятливі наслідки.

- Підгострий перебіг (тривалість 6-12 тижнів)

Основний підхід до медикаментозної терапії такий, як і при гострих болях у спині. Проте небажані наслідки анальгетиків при тривалому застосуванні повинні розглядатися, особливо уважно у літніх людей. До цього часу антидепресанти не виявилися кращими, ніж плацебо, при лікуванні дорсалгії, але антидепресанти слід застосовувати, якщо пацієнт має ознаки депресії.

Бензодіазепіни слід призначати з обережністю, антипсихотичні препарати не рекомендуються для усунення болю в спині.

- Хронічні (тривалість більше 12 тижнів)

При лікуванні дорсалгії, яка триває більше 3 місяців, застосовуються ті самі правила, що й у підгострому перебігу.

Серед загальних медикаментозних рекомендацій міжнародного Керівництва визначено наступне:

- анальгетики застосовуються періодично залежно від інтенсивності та появи патологій болю;

- Парацетамол, не стероїдні протизапальні препарати (НПЗП) або комбінація НПЗП та слабого опіюду можуть бути використані як анальгетики (ступінь доказовості А);

- необхідно брати до уваги негативні наслідки тривалого застосування НПЗП;

- опіюди полегшують хронічний біль у спині, але вони мають лише незначний вплив на функціональну здатність (ступінь доказовості В);

- трансдермальна форма Бупренорфіну, ймовірно, полегшує хронічний біль в спині;

- Дулоксетин може пом'якшити хронічний біль у нижній частині спини краще, ніж плацебо, і його ефективність при хронічній болі у нижній частині спини порівнянна з НПЗП та Трамаолом;

- інші антидепресанти, ймовірно, не полегшують біль чи підвищують функціональну здатність (ступінь доказовості С);

- Габапентин та Топірамат можуть пом'якшити невропатичний поперековий біль.

Таким чином, при порівняльному аналізі документів з лікування дорсалгій встановлено, що у вітчизняному протоколі рекомендовані лише групи ЛЗ, проте у міжнародному Керівництві лікувальна програма надана в залежності від перебігу захворювання та вказані міжнародні непатентовані назви препаратів. Слід наголосити, що у міжнародному Керівництві також є загальні рекомендації з лікування та інформація щодо ступеню їх доказовості.

Отже, вітчизняний клінічний протокол лікування дорсалгій вимагає перегляду з метою включення конкретних лікарських препаратів з доведеною клінічною ефективністю, адже кінцевий очікуваний результат лікування полягає у зменшенні або зникненні більового синдрому, відновлення працездатності хворого.

Список літератури

1. Олексюк-Нехамес А. Г. Нейрофізіологічні особливості діагностики та лікування периферичних проксимальних мото-сенсорних невропатій

[Електронний ресурс] / А. Г. Олексюк-Нехамес // Режим доступу до журн. http://www.health-medix.com/articles/liki_ukr/2011-10-20/11AGOMSN.pdf

2. Боженко Н.Л. Больові синдроми спини: деякі психоемоційні аспекти і можливості їх корекції [Електронний ресурс] / Н.Л.Боженко // Режим доступу до журн. <http://www.mif-ua.com/archive/article/37706>

3. Иванова М.Ф., Евтушенко С.К. Дорсалгия, обусловленная дегенеративно-дистрофической патологией позвоночника [Електронний ресурс] / М. Ф. Иванова, С. К. Евтушенко // Режим доступу до журн. <http://www.mif-ua.com/archive/article/8965>

4. Алтунбаев Р.А., Сабирова М.З. Диагностика и лечение поясничных болей [Електронний ресурс] / Р.А. Алтунбаев, М.З. Сабирова // Режим доступу до журн. <file:///D:/home/e210275boi/Downloads/348-316-1-PB.pdf>

5. Поворознюк В. В. Боль в нижней части спины. Распространенность, причины, механизмы развития, особенности диагностики / В. В. Поворознюк // Лікування та діагностика. – 2004. – № 3. – С. 31-36.

6. Перова В. П. Функціональні порушення при загостреннях хронічного поперекового більового синдрому та конституційні предиктори його формування : дис. канд. мед. наук : 14.01.15 / Перова Віта Павлівна – Київ, 2015. – 155 с.

7. Наказ МОЗ України № 487 від 17.08.2007 р. «Про затвердження клінічних протоколів Надання медичної допомоги за спеціальністю «Неврологія»» [Електронний ресурс]. – Режим доступу <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/>

8. Наказ МОЗ України № 751 від 28 вересня 2012 р. «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» [Електронний ресурс]. – Режим доступу <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/>

9. Наказ МОЗ України № 1422 від 29 грудня 2016 р., Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751» [Електронний ресурс]. – Режим доступу <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/>

10. Матеріали ресурсу <http://guidelines.moz.gov.ua>

11. Ярошевский А. А. Анализ использования хондропротекторов в комплексной терапии вертеброгенной дорсалгии [Електронний ресурс] / А. А. Ярошевский // Режим доступу до журн <http://www.mif-ua.com/archive/article/38182>

12. Современные аспекты лечения вертеброгенной боли [Електронний ресурс] / [С. В. Селезнева, Е. А. Стафинова, Л. Н. Антонова та ін.] // Мистецтво лікування. – 2014. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.health-medix.com/articles/mistetzvo/2014-07-18/basic.pdf>.

13. Schmidt C.O. Modelling the prevalence and cost of back pain with neuropathic components in the general population / Schmidt C.O., Schweikert B., Wenig C.M. [et al.] // European Journal of Pain. — 2009. — 13. — P. 1030-1035.