



Доктор медичних наук  
Олександр Кальбус

Еволюція  
неврологічних проявів  
у разі COVID-19

Читайте на сторінці 11



Доктор медичних наук, професор  
Ірина Князькова

Суглобовий синдром  
в осіб старшого віку

Читайте на сторінці 20



Кандидат медичних наук  
Денис Миргородський

Вогнепальні поранення:  
тактика надання допомоги  
та профілактика  
тромботичних ускладнень

Читайте на сторінці 28



## НИКСАР®

Біластин — неседативний антигістамінний препарат для усунення симптомів сезонного та цілорічного алергічного ринокон'юнктивіту та кропив'янки<sup>1,+,2,++</sup>

Тепер доступний  
у таблетках,  
що диспергуються  
в ротовій порожнині<sup>1</sup>



6 – 11 років<sup>1,+</sup>

10  
МГ  
НА ДОБУ<sup>1</sup>

20  
МГ  
НА ДОБУ<sup>2</sup>

Біластин однократно на добу  
для дітей (10 мг<sup>1,+</sup>), підлітків та дорослих (20 мг<sup>2,++</sup>)

**Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я, Ніксар®.** Склад. 1 таблетка містить біластин 20 мг. **Фармакологічна група.** Антигістамінні засоби для системного застосування. Біластин. Код АТХ R06A X29. **Показання.** Симптоматичне лікування алергічного ринокон'юнктивіту (сезонного та цілорічного) та кропив'янки. Дорослі та діти віком від 12 років. **Протипоказання.** Падіння чутливості до діючої речовини (біластин) або до будь-якої з допоміжних речовин. **Побічні реакції.** У ході клінічних досліджень у пацієнтів, які страждали від алергічного ринокон'юнктивіту або хронічного цілорічного кропив'янки, побічні дії на тлі застосування біластину в дозі 20 мг виникали приблизно з такою ж частотою, як і на тлі застосування плацебо (12,7% та 12,8% відповідно). Повний перелік можливих побічних ефектів зазначений в інструкції для медичного застосування препарату. **Спосіб застосування та дози.** Дорослі та діти віком від 12 років: 20 мг біластину (1 таблетка) 1 раз на добу. Особливості застосування. Пацієнти із серйозним або тяжким порушенням функції нирок біластин однократно з ніфедипіном застосовувати не слід. Будь ласка, прочитайте повну інструкцію про лікарський засіб та ознайомтеся з повним переліком протипоказань, побічних реакцій, способів та особливостей застосування препарату. **Виробник.** Менаріні-Фон Хейден ГмбХ, А. Менаріні Мануфактурінг Логістікс енд Сервісес С.р.Л. **Місцезаходження.** Лейпцігер штрассе 7-13, 04109 Дрезден, Німеччина. Взаємодія. Взаємодія з біластином та Ніксаром® не вивчалися. **Інструкція для медичного застосування препарату Ніксар®.** 10 мг. 1 таблетка, що диспергується в ротовій порожнині, містить біластин 10 мг. **Фармакологічна група.** Антигістамінні засоби для системного застосування. Біластин. Код АТХ R06A X29. **Показання.** Симптоматичне лікування алергічного ринокон'юнктивіту (сезонного та цілорічного) та кропив'янки. Діти віком від 6 до 11 років із масою тіла не менше 20 кг. **Протипоказання.** Падіння чутливості до діючої речовини (біластин) або до будь-якої з допоміжних речовин, зазначених у складі. **Побічні реакції.** Відомі побічні дії (2-11 років), у яких спостерігалися побічні реакції після лікування алергічного ринокон'юнктивіту або хронічного цілорічного кропив'янки біластином в дозі 10 мг протягом 12-тижневого контрольованого клінічного дослідження, були порівнянні з відсотком пацієнтів, які отримували плацебо (68,5% проти 67,5%). Повний перелік можливих побічних ефектів зазначений в інструкції для медичного застосування препарату. **Спосіб застосування та дози.** Діти віком від 6 до 11 років із масою тіла не менше 20 кг: 10 мг біластину (1 таблетка, що диспергується в ротовій порожнині) 1 раз на добу. Особливості застосування. Пацієнти із порушенням або тяжким порушенням функції нирок слід уникати однократного застосування біластину та ніфедипіну. Будь ласка, прочитайте повну інструкцію про лікарський засіб та ознайомтеся з повним переліком протипоказань, побічних реакцій, способів та особливостей застосування препарату. **Виробник.** А. Менаріні Мануфактурінг Логістікс енд Сервісес С.р.Л. **Місцезаходження.** Взаємодія. Взаємодія з біластином та Ніксаром® не вивчалися. **Інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування препарату Ніксар®.** 10 мг. 1 таблетка, що диспергується в ротовій порожнині, містить біластин 10 мг. 1. Інструкція для медичного застосування препарату Ніксар® 10 мг. 1 таблетка, що диспергується в ротовій порожнині, містить біластин 10 мг. 2. Інструкція для медичного застосування препарату Ніксар® 20 мг. 1 таблетка, що диспергується в ротовій порожнині, містить біластин 20 мг. **UA\_NIX-003-2022-Print.** Затверджено 21.05.2022.

Представництво «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмбХ» в Україні: м. Київ, вул. Березняківська, 29. Тел: (044) 494 33 88. Факс: (044) 494 33 89

**BERLIN-CHEMIE**  
MENARINI

«Медична газета «Здоров'я України XXI сторіччя»<sup>©</sup>

## Редакційна колегія

- К.М. Амосова**, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України
- О.Я. Бабак**, д.м.н., професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини № 1 Харківського національного медичного університету
- Г.М. Бутенко**, д.м.н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України та РАМН, директор ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України»
- Б.М. Венцківський**, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця
- Ю.В. Вороненко**, д.м.н., професор, академік НАМН України, ректор НМАПО ім. П.Л. Шупика
- І.І. Горпинченко**, д.м.н., професор, директор Українського інституту сексології та андрології
- Д.І. Заболотний**, д.м.н., професор, академік НАМН України, віце-президент НАМН України, директор ДУ «Інститут отоларингології ім. О.С. Коломійченка НАМН України»
- Д.Д. Іванов**, д.м.н., професор, завідувач кафедри нефрології та нирковозамісної терапії НМАПО ім. П.Л. Шупика
- В.М. Коваленко**, д.м.н., професор, академік НАМН України, віце-президент НАМН України, директор ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України»
- В.В. Корпачев**, д.м.н., професор, завідувач відділу клінічної фармакології та фармакотерапії ендокринних захворювань ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»
- Б.М. Маньковський**, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри діабетології НМАПО ім. П.Л. Шупика
- Ю.М. Мостовой**, д.м.н., професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова
- В.І. Паньків**, д.м.н., професор, завідувач відділу профілактики ендокринних захворювань Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України
- О.М. Пархоменко**, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, науковий керівник відділу реанімації та інтенсивної терапії ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України»
- Н.В. Пасечнікова**, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, директор ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України»
- І.М. Трахтенберг**, д.м.н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, завідувач відділу токсикології ДУ «Інститут медицини праці НАМН України»
- М.Д. Тронько**, д.м.н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, віце-президент НАМН України, директор ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»
- Ю.І. Феценко**, д.м.н., професор, академік НАМН України, директор ДУ «Національний інститут фізичної та пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України»
- Н.В. Харченко**, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії НМАПО ім. П.Л. Шупика
- В.І. Цимбалюк**, д.м.н., професор, академік НАМН України, президент НАМН України, заступник директора ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України»
- В.П. Черних**, д.ф.н., д.х.н., професор, член-кореспондент НАН України, ректор Національного фармацевтичного університету

Засновник – Ігор Іванченко

ВИДАВЕЦЬ – ТОВ «РЕКЛАМНЕ АГЕНТСТВО «ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

«Медична газета «Здоров'я України XXI сторіччя»<sup>©</sup>

Свідоцтво КВ № 15650-4122ПР від 03.09.2009

Передплатний індекс: 35272

Представлена в базі даних «Наукова періодика України» й індексується Google Scholar

ГЕНЕРАЛЬНИЙ ДИРЕКТОР Тетяна Черкасова

Головний редактор  
Випусковий редактор  
Менеджер із рекламиВ'ячеслав Килимчук  
Галина Терхун  
Зоя Маймескул

Літературне редагування / коректура:

Анастасія Божко  
Ірина Колесник  
Юлія Фітсцова  
Олена Дудко  
Наталія Дехтяр-Дігузова

Дизайн/верстка:

## Контактні телефони

Редакція ..... +380 (44) 521-86-86  
Відділ маркетингу ..... +380 (44) 521-86-93

Відділ передплати ..... +380 (44) 364-40-28

## Адреса для листування

04123, м. Київ, вул. Світлицького, 35.  
E-mail: zu@health-ua.com; www.health-ua.com  
Газету віддруковано в ТОВ «Глянec»,  
м. Київ, вул. Олександра Довженка, 3.  
Підписано до друку травень 2022.  
Замовлення № 300522. Тираж 28 000 прим.

Редакція може публікувати матеріали, не поділяючи думку автора.

За достовірність фактів, цитат, імен, географічних назв та інших відомостей відповідають автори.

Передрук матеріалів можливий лише за дозволу редакції.

Рукописи не повертаються та не рецензуються.

Тираж із 10.05.2022 та 10 000 електронних адрес (дато держреєстрації з 02.01.2012).

## ЗМІСТ

## ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

Рекомендований графік вакцинації в Україні ..... 3, 8-9  
Резолюція Експертної ради

Новини світової медицини ..... 9, 17

Лікарський засіб виробництва Asino в Україні  
вперше зареєстрований у Європейському Союзі ..... 10

## АЛЕРГОЛОГІЯ

Порівняльне рандомізоване клінічне дослідження  
з оцінки ефективності та безпеки біластину, фексофенадину  
й левоцетиризину в стандартних і підвищених дозах  
у пацієнтів із хронічною спонтанною кропив'ялкою  
B. Shah, D. Dhoot, A. Choudhary та ін. .... 4-5

## НЕВРОЛОГІЯ

Еволюція неврологічних проявів у разі COVID-19  
O.I. Кальбус ..... 11, 17

## КОРОНАВІРУСНА ХВОРОБА 2019

Молнупіравір для перорального лікування  
амбулаторних пацієнтів із COVID-19  
A.Й. Берналь, М.М. Гомес да Сільва, Д.Б. Мусунгає та ін. .... 12-13

## РЕВМАТОЛОГІЯ

Нові можливості підвищення безпеки лікування хворих  
на остеоартрит і ревматоїдний артрит  
в умовах пандемії COVID-19 ..... 18-19Суглобовий синдром в осіб старшого віку  
O.M. Біловол, I.I. Князькова ..... 20-21

## ВІЙСЬКОВА МЕДИЦИНА

Вогнепальні поранення:  
тактика надання допомоги та профілактика  
тромботичних ускладнень  
Д.С. Миргородський ..... 28-29

## КАРДІОЛОГІЯ

Профіль артеріального тиску non-dipper:  
клінічні наслідки та можливості моксонідину  
Ю.С. Рудик ..... 23Кардіопротекторний ефект донатора оксиду азоту  
в пацієнтів з артеріальною гіпертензією  
В.К. Ташук ..... 26-27Можливості застосування фіксованої комбінації левокарнітину  
та L-аргініну при хронічній ішемічній хворобі серця  
M.I. Швед ..... 30-31

## БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ

Больовий синдром у неврології: ефективний старт терапії  
В.А. Гриб ..... 32

## ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА

Тромбоз глибоких вен і легенева емболія: схожі, але різні.  
Специфічність проявів за COVID-19  
O.O. Мельник ..... 14-16

# Суглобовий синдром в осіб старшого віку

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, в період із 2020 по 2030 р. у структурі світового населення передбачається збільшення кількості людей віком від 60 років на 34%. У 2050 р. ≈65% людей похилого віку житимуть у країнах з низьким і середнім рівнем доходу. Біль є звичайним джерелом страждання; до 40% звернень по первинну медико-санітарну допомогу в загальній популяції пов'язані з болем.



О.М. Біловол



І.І. Князькова

Лікування болу в людей похилого віку зумовлює серйозні труднощі через вікові фізіологічні зміни, збільшення частоти супутніх захворювань, відмінностей у ступені когнітивних порушень і збільшення частоти лікарської взаємодії. В основі ефективного лікування больового синдрому в зазначеній когорті пацієнтів передбачається полегшення страждання з урахуванням вікових змін з метою забезпечення безпеки втручання. Неефективне лікування болу в людей похилого віку спричиняє зменшення соціальних контактів і рухової активності, порушення сну, появу депресії та тривоги, а також збільшення витрат охорони здоров'я.

В епідеміологічних дослідженнях поширеність больового синдрому серед людей похилого віку (вік >65 років) становить >50%. Найчастішими локалізаціями хронічного больового синдрому в пацієнтів старших вікових груп є:

- суглоби;
- нижня частина спини;
- шийний відділ хребта.

При цьому в хворих старших вікових груп у 10-52% випадків виявляється нейропатичний біль. Також слід зазначити, що в низці випадків суглобовий синдром являє собою поєднаний біль, тобто ноцицептивний та нейропатичний. Хронічний біль збільшує летальність від усіх причин на 57% у популяції >60 років. Відзначено пряму залежність між тривалістю болу та збільшенням летальності.

Захворювання кістково-м'язової системи – найчастіша причина хронічного болу в пацієнтів похилого та старшого віку. В Гельсінському дослідженні проведено аналіз поширеності скелетно-м'язового болу та призначуваних знеболювальних препаратів у 5707 осіб віком 75-95 років. Тривалість спостереження становила 20 років. Зазначено, що 57-61% учасників дослідження повідомили про періодичні чи щоденні м'язово-скелетні болі. Відсоток пацієнтів, котрі щодня приймали знеболювальний препарат, збільшився з 9% у 1999 р. до 16% у 2019 р. Використання нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) знизилося з 1999 по 2019 р., а застосування парацетамолу збільшилося із 2 до 11%. Опіоїди приймали 2% у 1999 р. та 3% у 2019 р. З тих, хто повідомляв про щоденний скелетно-м'язовий біль, 20, 35 та 32% регулярно отримували знеболювальні у 1999, 2009 та 2019 рр. відповідно.

Пацієнти старших вікових груп із суглобовим синдромом зазвичай страждають на коморбідні захворювання та стани. До них належать:

- захворювання, асоційовані з атеросклерозом, ІХС, захворювання периферичних артерій тощо;
- хвороби сполучної тканини: остеоартрит, ревматоїдний артрит, подагра та псевдоподагра, ревматична поліміалгія, міофасціальний синдром, остеопороз, бурсит, тендит тощо;
- онкологічні захворювання;
- нейропатичний біль, індукований хіміотерапією;

► з боку нервової системи: головний біль, периферична нейропатія, пресорна нейропатія, радикулопатія, хвороба Паркінсона, постінсультний біль тощо.

У клінічній практиці зустрічаються різноманітні типи болу (табл. 1).

Фізіологічні зміни, пов'язані зі старінням, впливають на фармакологічне лікування болу в людей похилого віку. Люди похилого віку перебувають у віковій градації від ≥65 років. Деякі й надалі розподіляють цю категорію на «молдих людей похилого віку» (вік 65-74 роки), «літніх людей» (вік 75-84 роки) та «найстаріших людей» (вік ≥85 років). Із віком усмоктування у шлунково-кишковому тракту сповільнюється, загальна кількість води в організмі та м'язова маса зменшуються, а жирові відкладення збільшуються. Оскільки обсяг розподілу збільшується, зміни також відбуваються з концентрацією в плазмі та елімінацією ліків, оскільки нирковий і печінковий кліренс із віком знижується. Кожна із цих фізіологічних варіацій впливає на фармакологічну абсорбцію, розподіл, метаболізм та екскрецію.

Для розуміння формування хронічного больового синдрому слід знати, які вікові зміни кістково-м'язової системи провокують розвиток хронічного больового синдрому. Змін зазнають м'язи, суглоби та кісткова тканина. З віком відбуваються:

- ✓ **порушення процесу формування нових м'язових волокон.** В осіб віком >60 років м'язові волокна зменшуються в розмірах. Якщо в період від 20 до 50 років м'язова маса зменшується в середньому на 10%, то після 50 років її втрата за кожне десятиліття становить 10% від решти;
- ✓ **витончення синовальної оболонки суглобів,** гіалінізація, зменшення обсягу синовальної рідини;

✓ **розвиток дистрофічних змін суглобових хрящів,** субхондральний склероз; формуються субхондральні кістки, змінюється просторове відношення кісток, знижується ступінь конгруентності суглобових поверхонь. Велике значення мають хронічна мікротравматизація суглобів, дегенерація, деструкція суглобового хряща з подальшим запаленням і формуванням синовіту з осередковою гіпоксією й ішемією кістки, а це спричиняє розвиток і прогресування остеоартриту, отже, й прогресування больового синдрому;

- ✓ **зменшення кісткової маси,** резорбція кістки переважає над її утворенням, змінюється гомеостаз кальцію (знижується його всмоктування в кишечнику, сповільнюється конверсія вітаміну D в активний метаболіт), підвищується активність парацинтоподібних залоз, збільшується дефіцит естрогенів з активним вимиванням кальцію з кісток. Висока активність остеокластів зумовлює перфорацію трабекул у місці резорбції, що спричиняє порушення мікроархітеконики кістки, зниження її щільності, розвиток остеопоротичних змін;

✓ **розвиток і наростання синдрому гіпомобільності,** дегенеративно-дистрофічних та атрофічних змін кістково-м'язової системи, отже, наростання процесів, які спричиняють остеопороз, остеоартрит і саркопенію, що запускає механізм ge-entry й формує хибне коло, котре ініціює таргетний ланцюжок синдрому старечої астениї. Унаслідок цього не лише зменшується міцність кісткової тканини, що проявляється зниженням її толерантності до зовнішнього впливу, а й порушується функціонування кістково-м'язової системи (розвиток та наростання синдрому гіпомобільності).

Найчастіша патологія в пацієнтів старших вікових груп, яка є провідною причиною інвалідності серед людей похилого віку, – остеоартрит, котрий являє собою найпоширенішу форму артриту, що уражає 302 млн людей у всьому світі. Причому з віком поширеність остеоартриту збільшується. Так, у віці >60 років поширеність остеоартриту становить 55%, а у віці >75 років – 62%.

Рентгенологічні симптоми остеоартриту виявляють у >80% обстежених хворих віком від 60 років (щонайменше в одному суглобі). Остеоартрит є провідною причиною інвалідності серед людей похилого віку; за прогнозами, до 2030 р. він стане найпоширенішою причиною інвалідизації населення. До факторів, що впливають на розвиток і прогресування остеоартриту, належать:

- надлишкова маса тіла (адипозити вісцерального жиру продукують широкий спектр адіпокінів та цитокінів, що беруть участь у метаболізмі глюкози, ліпідів, а також впливають на метаболізм і функціональну активність різних органів та тканин);
- нефізіологічне навантаження на суглоб (високий індекс маси тіла, порушення всієї кінцівки (деформація нів, hallux valgus тощо), підйом важких речей, падіння);
- артеріальна гіпертензія, гіперхолестеринемія, гіперглікемія, гіперурикемія, гіпоксія – стани, що містять синтез усіх можливих медіаторів запалення, зумовлюють деструкцію хряща й кістки, а також спричиняють у пацієнтів посилення хронічного больового синдрому.

Крім того, старіння людини зумовлює появу в неї власних особливостей формування больового синдрому.

1. Старіння (процеси системного запалення, збільшення кількості прозапальних медіаторів та альгогенів).

2. Наявність геріатричних синдромів:

- саркопенія (вік-асоційована прогресувальна генералізована втрата маси та сили скелетних м'язів, пов'язана з підвищеною імовірністю несприятливих наслідків падіння, переломи, фізична непрацездатність і смертність);
- тривога та депресія;
- остеопороз;
- зневоднення та мальнутриція.

Так, за визначенням 2019 р., здорове старіння – це процес розвитку та підтримання функціональних здібностей, які забезпечують добробут у похилому віці. Підтримка здоров'я опорно-рухового апарату в процесі старіння є ключовим фактором, що визначає функціональні можливості організму. Виокремлюють триаду захворювань опорно-рухового апарату, пов'язаних зі старінням: саркопенія, остеопороз,

| Запальний тип                                                                                                                                                                                                                                                                         | Механічний тип                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Ревматоїдний артрит<br>Реактивний артрит<br>Аритрити, асоційовані з інфекцією<br>Псоріатичний артрит<br>Анкилозуючий спонділіт<br>Мікрористалічні артрити (подагра, псевдоподагра)<br>Артрити при дифузних захворюваннях сполучної тканини<br>Посттравматичні болі<br>Інфекційні болі | Остеоартрит<br>Остеопороз<br>Остеохондропатії |

| Вік                         | <18   >50 років                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Анамнез                     | Нещодавня травма спини;<br>зляканіс новоутворення (навіть у разі радикального видалення пухлини);<br>поточне інфекційне чи системне запальне захворювання;<br>тривале використання глюкокортикоїдів;<br>наркоманія, ВІЛ-інфекція, імунодепресивний стан;<br>нез'ясована втрата маси тіла, гарячка |
| Характер і локалізація болу | Прогресуючий із часом біль, який не полегшується в спокої («немеханічний біль»)                                                                                                                                                                                                                   |

| Поведінка             | 0                                        | 1                                                                                    | 2                                                                               |
|-----------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Дихання               | Нормальне                                | Іноді утруднене дихання, нетривалий період гіпервентиляції                           | Гучне утруднене дихання, тривалий період гіпервентиляції, Чейн-Стокса           |
| Негативна вокалізація | Немає                                    | Поодинокі зітхання або стогін, тихий голос, негативний чи неспокійний зміст мовлення | Крики, що повторюються, гучні зітхання або стогін, плач                         |
| Вираз обличчя         | Посмішка чи емоція, що нічого не виражає | Сумний, зляканий, похмурий                                                           | Морщить                                                                         |
| Мова тіла             | Розслаблена                              | Напружена, крутиться, малорухлива                                                    | Скута, стиснуті кулаки, зігнуті коліна, відштовхує того, хто перевіряє, б'ється |
| Можливість утішити    | Не потребує втіхи                        | Відволікається чи заспокоюється на голос або дотик                                   | Неможливо заспокоїти, відволікти чи підбадьорити                                |

Примітки: оцінка: 1-3 бали – слабкий біль; 4-6 балів – біль середньої тяжкості; 7-10 балів – сильний біль.

| Кисть                                       | Коліно                                                 | Стегно                   |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------|
| Фізичні вправи<br>Програми із самоконтролем |                                                        |                          |
| Жорсткі ортези                              | Зниження маси тіла<br>Тай чи (Тайзіцзюань)<br>Тростина | Жорсткий колінний бандаж |
| Тепло чи холод на ділянці суглоба           |                                                        |                          |
| Когнітивно-поведінкова терапія              |                                                        |                          |
| Акупунктура                                 |                                                        |                          |
| Кінезіотейпи                                |                                                        |                          |
|                                             | Вестибулярні тренування                                |                          |
| М'які ортези                                | М'який колінний бандаж                                 |                          |
| Аплікації парафіну                          | Йога                                                   |                          |
|                                             | Радіочастотна абляція                                  |                          |

остеоартрит, які роблять основний внесок до Глобального тягара хвороб та інвалідності у всьому світі.

**Під час обстеження пацієнта** необхідно звертати увагу на такі моменти:

- виключення серйозних захворювань («**червоні прапорці**»);
- виявлення підказок, які могли б допомогти в діагностиці;
- раннє виявлення психосоціальних факторів, які можуть сприяти хронізації («**жовті прапорці**»).

Діагностика болю в пацієнтів старших вікових груп має досить складний характер, оскільки вимагає виключення захворювань та станів, які потребують екстреного втручання. Насамперед слід виключити «червоні прапорці» – поточні клінічні особливості та попередні хвороби, які попереджають про можливу конкретну причину, яка може спричинити серйозні проблеми, якщо не лікувати негайно (табл. 2).

Безперечно, враховують результати лабораторних та інструментальних методів дослідження. За наявності «**червоних прапорців**» в аналізі крові, зокрема, анемії та прискорення ШОЕ, підвищення С-реактивного білка не має залишатися поза увагою фахівця.

Також дуже важливими є «**жовті прапорці**», оскільки саме вони можуть провокувати та пролонгувати хронічний больовий синдром, а також заважати його купувати.

«Жовті прапорці» – фактори, що сповіщають про високий ризик тривалого збереження больового синдрому:

- ✓ відсутність у хворого мотивації до активного лікування через побоювання серйозних ускладнень;
- ✓ пасивне очікування на результати лікування;
- ✓ поведінка, неадекватна характеру болю, уникнення фізичної активності;
- ✓ конфлікти на роботі та в родині;
- ✓ депресія, тривога, постстресові розлади, уникнення соціальної активності.

Під час оцінки болю в людей похилого віку необхідно пам'ятати про те, що когнітивні порушення (наприклад, деменція) можуть обмежувати здатність самостійно повідомляти про біль; це може змусити те, що лікар відзначить (неправильно) відсутність болю, а це спричинить недостатнє лікування больової патології. У пацієнтів старших вікових груп із больовим синдромом для оцінки інтенсивності болю з метою визначення тактики лікування та оцінки його ефективності рекомендується застосування або візуальної аналогової шкали (ВАШ), або цифрової рейтингової шкали болю (NRS), або шкали осіб.

Особливі труднощі – оцінка больового синдрому в пацієнтів із деменцією. З цією метою запропоновано шкалу оцінки больового синдрому в літніх людей з деменцією, відповідно до якої оцінюється низка параметрів, як-от дихання, негативна вокалізація, вираз обличчя, мова тіла та можливість втішити (табл. 3).

Крім того, в пацієнтів похилого та старечого віку слід оцінити ризик падіння з використанням опитувальника для самооцінки ризику падіння. Також у цієї категорії пацієнтів рекомендується оцінка 10-річного абсолютного ризику переломів FRAX з метою стратифікації щодо ризику переломів і вирішення питання про призначення анти-остеопоротичної терапії.

Основні орієнтири, на які повинен звернути увагу будь-який фахівець, особливо сімейний лікар, оскільки більшість пацієнтів із суглобовою патологією звертається саме до цього фахівця. Для визначення лікувальної стратегії ведення пацієнта (немедикаментозна, медикаментозна чи хірургічне лікування) слід сфокусувати увагу на таких показниках:

- статі, вік;
- коморбідність;
- наявність старечої астениї («крихкий» пацієнт);
- супутній прийом низьких доз аспірину, клопидогрелу, антикоагулянтів, глюкокортикоїдів, селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну;
- інфекційність *Helicobacter pylori*;
- наявність клініко-лабораторних та інструментальних ознак хронічної хвороби нирок і печінкової недостатності;
- наявність поліфармації.

Особливе місце має персоналізоване ведення пацієнтів старших вікових груп із хронічним больовим синдромом. У цьому контексті слід проводити корекції модифікованих факторів ризику пацієнта:

- при артеріальній гіпертензії – досягнення цільових значень артеріального тиску;
- за ожиріння – зниження маси тіла (у «крихких» пацієнтів не рекомендується зниження маси тіла через збільшення ризику падіння та переломів);
- в разі цукрового діабету – зниження гіперглікемії;
- корегування дисліпідемії;
- за гіперурикемії – зниження сечової кислоти.

У пацієнтів старших вікових груп основу лікувальної тактики становлять немедикаментозні заходи; саме вони виходять на перший план.

#### Рекомендації щодо харчування:

- збалансоване харчування з достатнім умістом білка – 1,2 г білка на 1 кг маси тіла;
- достатній прийом води (не менше 8 склянок на день);
- додавання до раціону харчування риби;
- вживання молочних, зернових продуктів – особливо овочів, що містять кальцій, ентоеросорбенти (пептиди, геміцелюлоза), вітаміни (A, B, D, E);

- додавання вітаміну D<sub>3</sub>;
- обмеження солі, цукру, кави, чаю, солінь, копченостей, гострих страв. Рафіновані вуглеводи на тлі підвищеного споживання харчової солі – додатковий фактор ризику посилення болю.

Дієта сприяє покращенню чутливості судинних рецепторів, нормалізації судинного кровотоку, покращенню метаболізму хондроцитів.

Основна роль у веденні пацієнтів старших вікових груп при проведенні нефармакологічних заходів приділяється корекції фізичної активності.

Фізична активність – будь-який рух тіла, що робиться скелетними м'язами та потребує витрат енергії. Виконання фізичних вправ значно підвищує м'язову та кісткову масу, силу, знижує функціональні обмеження, запобігає падінням і переломам у літніх людей.

Для розуміння діяльності та функціонування скелетної мускулатури слід пам'ятати, що всі м'язові волокна не є ідентичними та розподіляються на 2 типи:

→ тип I – повільні волокна («червоні»), збагачені на міоглобін; у них синтезується повільна ізоформа міозину; цей тип волокон скорочується значно повільніше та робить менший внесок у м'язову силу, що розвивається, в розрахунок на одну використану молекулу АТФ;

→ тип II (+ підтипи A та B, що характеризуються меншою і більшою стомлюваністю відповідно) – швидкі волокна («білі»), котрі містять менше міоглобіну; за тривалий час дозволяють м'язу розвинути максимальну силу.

За мірою старіння в скелетних м'язах зменшується площа поперечного перерізу та кількість м'язових волокон (найбільш схильні до старіння – м'язові волокна II типу); відбувається денервація м'язових волокон. При цьому м'язові волокна II типу найбільш схильні до старіння. Поєднання цих факторів зумовлює збільшення відсотка м'язових волокон I типу в людей похилого віку.

Встановлено, що різні зовнішні стимули можуть ініціювати перетворення одного типу м'язових волокон на інший. Таким стимулом може бути різне за обсягом і інтенсивністю навантаження.

В Американських рекомендаціях щодо ведення пацієнтів з остеоартритом зазначено:

- тоді як пацієнти та постачальники медичних послуг шукають рекомендації щодо «найкращих» вправ й ідеального дозування (тривалості, інтенсивності, частоти), наявних даних недостатньо для того, щоб рекомендувати конкретні рецепти вправ;
- широкі рекомендації, що передбачають переважання однієї форми вправ над іншою, значною мірою засновані на думці експертів;
- значний обсяг літератури підтримує широкий спектр відповідних варіантів вправ і передбачає, що переважна більшість пацієнтів з остеоартритом можуть брати участь у тій чи іншій формі вправ й отримувати з них користь щодо болю і функцій;
- рекомендації щодо вправ для пацієнтів мають бути зосереджені на перевагах пацієнта та його доступі, які можуть бути важливими бар'єрами для участі.

Особливості немедикаментозної корекції в осіб старших вікових груп (табл. 4):

- клініцист не повинен обмежуватися лише рекомендаціями щодо розширення фізичної активності та необхідності виконання вправ;
- слід запропонувати конкретні комплекси вправ (для деяких пацієнтів потрібно візуалізувати методику вправ), обумовити тривалість та умови проведення тренувань (не зайвий буде поради дотримуватися одягу і взуття, зручні для виконання вправ).

З аеробних вправ найкращі докази продемонстровані для ходьби (а не їзди на велосипеді чи фітнес-тренування). Певні докази в поліпшенні перебігу захворювання отримані під час виконання вправ на баланс та йоги (лише для колінного суглоба).

Техніка тай чі з найбільшим рівнем доказовості рекомендована для пацієнтів з ураженням як стегнового, так і колінного суглобів. Інші методи немедикаментозної терапії: когнітивно-поведінкова терапія, кінезіотейпування (для колінного суглоба), акупунктура, місцеві дія низьких або високих температур, а також з великим рівнем доказовості – використання тростини при ураженні колінного чи стегнового суглобів і наколінника – за ураження колінного суглоба. Одним з найефективніших немедикаментозних методів, що мають зв'язок з наслідками, й досі залишається зниження маси тіла (але не для пацієнтів зі старечою астеною). За необхідності корекція ортопедичних порушень важлива як при ураженні колінного, так і кульшового суглобів.

Для корекції хронічного больового синдрому рекомендується поєднання немедикаментозних та медикаментозних методів корекції. На першому етапі необхідно поєднання препаратів, що використовуються для швидшого купування больового синдрому, а також одночасно призначення препаратів з уповільненою симптоматичною дією.

Медикаментозна терапія болю передбачає:

- прямих анальгетиків;
- парацетамол;
- НПЗП;

- опіоїдні препарати (трамадол);
- локальні анальгетики;
- препарати з опосередкованою знеболювальною дією: міорелаксанти, низькі дози глюкокортикоїдів, хондропротектори;

– препарати для лікування невropатичного болю (антидепресанти, антиконвульсанти).

Перед призначенням анальгетиків рекомендується провести аналіз супутніх захворювань і лікарських засобів, що приймаються пацієнтом, особливо антикоагулянтів, седативних, снодійних засобів, міорелаксантів. Продemonстровано, що 30-40% пацієнтів у віковій категорії від 62 до 85 років приймають ≥5 препаратів.

Для купування больового синдрому застосовують:

- ✓ парацетамол – препарат вибору для знеболювання в пацієнтів із деменцією; за його неефективності пацієнтів переводять на наркотичні анальгетики (НПЗП, трамадол не рекомендують);
- ✓ місцеві форми НПЗП (найбільш рекомендовані в осіб віком >75 років);

✓ прийом пероральних та парентеральних форм НПЗП слід обмежити в осіб із високим серцево-судинним ризиком, особливо у віці >65 років, а також у пацієнтів із захворюваннями печінки та нирок.

Хворим із хронічним болем у колінних суглобах за неефективності вищезазначених заходів та/або при сировиті за метою купування больового синдрому і профілактики загострень хронічного болю рекомендується внутрішньосуглобове введення глюкокортикоїдів. Пацієнтам старших вікових груп із болем у спині внаслідок остеопоротичних переломів тіл хребців з метою профілактики повторних переломів, котрі спричиняють інтенсифікацію больового синдрому, рекомендується призначення антирезорбтивної терапії. Крім того, рекомендується призначення вітаміну D пацієнтам з хронічним болем і недостатністю або дефіцитом вітаміну D з метою корекції статусу вітаміну D, а також підвищення ефективності знеболювальної терапії.

Пацієнтам старших вікових груп із суглобовим синдромом і протипоказаннями до НПЗП або старечою астеною з метою купування болю та профілактики загострень больового синдрому рекомендується призначення хондротинсульфату. Рекомендується призначення мікрокристалічного заміну сульфату пацієнтам віком >60 років із болем у суглобах з метою купування больового синдрому.

Обов'язково є оцінка шлунково-кишкового та серцево-судинного ризику з метою зниження одного та іншого.

Основний метод профілактики: облік факторів ризику та їхня корекція (за неможливості) і призначення НПЗП із більш сприятливим профілем шлунково-кишкової та серцево-судинної безпеки. Додатковим методом профілактики ускладнень з боку верхніх відділів ШКТ є призначення інгібіторів протонної помпи. Додатковим методом профілактики ускладнень з боку верхніх відділів ШКТ, товстої та тонкої кишки може бути призначення ребаміпіду. Не слід призначати низькі дози аспірину або інші антигратотичні / антикоагулянтні засоби для профілактики серцево-судинних ускладнень, пов'язаних з прийомом НПЗП, пацієнтам, які не мають для цього певних показань.

Не рекомендується призначати НПЗП таким групам пацієнтів:

- з високим і дуже високим серцево-судинним ризиком (інфаркт міокарда, постінфарктний кардіосклероз, гострий коронарний синдром);
- при артеріальній гіпертензії середнього ступеня тяжкості та вище у зв'язку з ризиком погіршення тяжкості артеріальної гіпертензії (пов'язано зі зменшенням ефективності багатьох гіпотензивних засобів у рамках лікарських взаємодій);
- за одночасного призначення НПЗП і варфарину, адже існує збільшення ризику кровотеч (у деяких інструкціях щодо застосування кеторолаку, а також декскетопрофену спільне застосування з антикоагулянтами є протипоказанням до призначення відповідного НПЗП);
- НПЗП при виразковій хворобі чи шлунково-кишковій кровотечі в анамнезі, крім випадків, коли НПЗП призначається разом із блокатормом H2-гістамінових рецепторів, інгібітором протонної помпи або мізопростомолом через ризик рецидиву виразки. Не рекомендується призначення НПЗП пацієнтам зі старечою астеною; необхідно підібрати ті немедикаментозні та медикаментозні методи корекції, які полегшуватимуть біль у цієї категорії пацієнтів.

**Отже, тенденцією сьогодення є збільшення тривалості життя людей у всьому світі. Ведення пацієнтів із суглобовим синдромом старших вікових груп має бути строго персоналізовано. Немедикаментозні методи корекції є в цієї когорти пацієнтів. Необхідна корекція факторів ризику. Медикаментозна корекція завжди має враховувати наявність факторів ризику, що модифікуються, поліморбідності (з урахуванням критеріїв стоп/старт). І, звичайно, уникати поліфармації.**