

LECZENIE FARMAKOLOGICZNE OSTEOARTHRITIS

XI Zjazd Polskiego Towarzystwa Osteoartrologii i Polskiej
Fundacji Osteoporozy
V Krakowskie Sympozjum Osteoporozy
Kraków 27-29.09.2001

Streszczenia:

wersja polska

Materiały kongresowe: STRESZCZENIA, s75-76.

Druk: Drukarnia Skinder, ISBN – 83-904008-5-5

wersja angielska

Osteoporosis International 2001; vol. 12 (Suppl 1), s16.

L50

LECZENIE FARMAKOLOGICZNE OSTEOARTHRITIS

Janusz E. Badurski

Centrum Osteoporozy i Chorób Kostno-Stawowych, Białystok.

Logika terapii OA nakazuje dążyć do usunięcia przyczyny, leczyć proces zwyrodnieniowy i konsekwencje choroby, a jej narzędziami są ortopedia naprawcza, leki miejscowe i ogólne oraz elementy fizykoterapii. W pierwszym rzędzie obowiązkiem jest edukacja pacjenta o naturze choroby, możliwościach leczenia i samopomocy oraz postępowanie przeciwbólowe i usprawniające funkcję stawów. Lekki grupuje się w objawowe i modyfikujące strukturę stawu. Po pierwszych spodziewamy się podtrzymania pozytywnego efektu leczniczego jeszcze w dwa, trzy miesiące po ich odstawieniu. Po drugich – zahamowania lub odwrócenia cech OA w stawie, pretenduje do nich siarczan glukozaminy. Za leki objawowe uważa się siarczan glukozaminy i chondroityny, hydrolizaty kolagenowe, diarhceinę, viskosuplementację hyaluronianami oraz kapsaceinę przez

skórnice jak również proste analgetyki i NSLPZ. Na szczególną uwagę w tym roku zasługują inhibitory resorpcji kości oraz veno-aktywne leki jak aescyna, hydroksyrutozyd i trybenozyd oraz witaminy A, C, E i D, z których większość neutralizuje aktywne cząstki tlenu i hamuje utlenianie lipidów, ale również hamuje resorpcję kości. Tak odmienne w swoim działaniu antykatabolicznym leki wskazują na wielokierunkowe mechanizmy degradujące chrząstkę stawową w procesie OA.

L50

PHARMACOLOGICAL INTERVENTION IN OSTEOARTHRITIS

Janusz E. Badurski,

*Centre of Osteoporosis and Osteoarticular Diseases Białystok,
Poland*

Therapeutic targets in OA include the following protection: primary (remove the cause), secondary (treat the OA process), and tertiary (treat the consequences of OA). Secondary protection must consider: 1. Mechanical/surgical intervention, 2. Drugs, local or systematic, and 3. Combination of drugs and mechanical methods. The first duty in OA management is patient education, pain relief and optimisation of functioning. Current consensus demands to distinguish drugs directed at symptoms called 'Symptom modifying drugs' and/or at pathology of OA called 'Structure/disease modifying drugs'. Glucosamine sulphate, hyaluronan, diacerein, chondroitin sulphate, collagen hydrolysates represent the first group. Veno-active drugs such as aescine, hydroxyrutoside and trybenoside as well as antioxidant vitamins such as Vit. C, E, A and almost all of the bone resorption inhibitors are tested. Symptomatic medications used in OA include also simple analgesics, low analgesic or higher anti-inflammatory doses of NSAID, antispasmodics, narcotic analgesics and topical capsaicin. Targets for drugs of the second group are inhibition of cartilage degradation: cytokine and protease inhibition, stimulation of the repair process and reduction of subchondral bone remodelling. Up to now there are not drugs able to stop

or reverse OA pathology, but glucosamine sulphate, sulphated and non-sulphated glycosaminoglycans, bone related active agents, enzyme inhibitors, stem cell grafts and cytokine/growth factors are intensively tested. In these presentation antioxidants, neutralisers of active oxygen particles and bone resorption inhibitors deserve a special emphasis.