

КОРТИКОСТЕРОИДИ В РЕВМАТОЛОГИЧНАТА ПРАКТИКА

ПОЛЗИ, РИСКОВЕ И ПРОФИЛАКТИКА

Кортикостероидите представляват хормони с широко приложение в различни области на медицината и въпреки че тези естествени аналози на произведените в организма глюкокортикостероиди (ГКС) притежават потенциално опасни странични ефекти, те се използват най-вече поради мощното си противовъзпалително и имunosупресивно действие. В ревматологичната практика ГКС се използват успешно в лечението и контрола на заболявания като ювенилен идиопатичен артрит, ревматоиден артрит, системен лупус еритематозус (SLE), системна склероза, склеродермия, дерматомиозит, полимиозит, остеоартрит, системни васкулити и много други. Съвременните препоръки при употребата им са да бъдат използвани за възможно най-кратък период от време и в най-ниската ефективна доза.

След откриването им през 1948 г. кортикостероидите се използват в почти всички области на медицината и по почти всички пътища на въвеждане^[1]. Кортикостероидите представляват синтетични аналози на естествените стероидни хормони, произведени от надбъбречната кора и включват глюкокортикоиди и минералкортикоиди. Синтетичните хормони имат различна степен на глюкокортикоидни и минералкортикоидни свойства. Глюкокортикоидите участват предимно в метаболизма и имат имunosупресивен, противовъзпалителен и вазоконстриктивен ефект, докато минералокортикоидите основно регулират електролитния и водния баланс, като повлияват транспорта на йони в епителните клетки на бъбречните тубули^[2].



д-р Теодор Василев,
проф. д-р Стефан
Стефанов, гм

Категора по педиатрия,
МУ-София,
Клиника по детска
ревматология,
СБАЛ по детски
болести „Проф. д-р
Иван Митев“ ЕАД,
гр. София

Терминът кортикостероиди в медицинската практика обаче обикновено се използва за означаване на глюкокортикоидния им ефект. Глюкокортикоидите са основни хормони на стреса, които регулират различни физиологични процеси и са от съществено значение за живота^[3]. Кортикостероидите са сред най-широко предписваните класове лекарства в световен мащаб, с приблизителен пазар от повече от 10 милиарда долара годишно^[4]. Приблизително един процент от общото възрастно население във Великобритания получава перорални ГКС по всяко време^[5]. Показанията за ГКС терапия включват множество състояния. Тези показания могат най-общо да се групират в инфекциозни и възпалителни заболявания, алергични и аутоимунни заболявания, шок, понижаване на хиперкалциемия, регулиране на водната

загръжка, лечение на патологична хипогликемия, потискане на излишната адренална секреция, предотвратяване на отхвърляне на присадката, неврологични разстройства, хематологични разстройства, кожни заболявания, кортикостероидна заместителна терапия и груги^[6,7].

ГКС довеждат до ефективно лечение при различни възпалителни и аутоимунни заболявания. Респираторните и ревматичните заболявания са сред най-често регистрираните индикации за продължителна ГКС терапия^[8]. ГКС терапия, предписана при ревматични състояния за период по-кратък от 30 дни, обикновено е необичайна^[9]. Специално при възпалителните мускулно-скелетни заболявания има съобщения за до 2 на всеки 3 пациента с продължителна ГКС терапия и поява на чести рецидиви на болестта при опит за бързо отнемане на лечението с тях^[10].

Настоящите насоки на European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) все още препоръчват употребата на ГКС в ранен стадий на ревматоиден артрит поради тяхната силна и бърза ефикасност^[11]. Употребата им при системен лупус еритематозус надхвърля 70%^[12], с почти универсална употреба при състояния като васкулит и ревматична полимиалгия^[13]. В детската ревматология при използване на ГКС е важно детето да бъде под наблюдението на лекар, който има опит в лечението на болестта и да се сведат до минимум страничните ефекти на лекарствената терапия. Най-честите неблагоприятни ефекти са свързани с дозата и продължителността на лечение. Като такива се определят рискът от стероид-индуцирана остеоопороза и фрактури на гръбначния стълб и бедрените кости, чести инфекции, стероиден диабет,

катаракта и глаукома, наддаване на тегло, надбъбречна недостатъчност, кожни промени и сърдечно-съдови заболявания.

Основните препоръки по време на лечение с ГКС включват: повишаване на физическата активност с акцент на аеробни упражнения като тичане, колоездене, ходене, плуване, танци и др.; рационално хранене, вкл. понижен прием на мазнини, бързи въглехидрати и готварска сол; достатъчен прием на естествени витамин D и калций, вкл. и тяхната суплементация; ежегодно провеждане на остеоденситометрия (измерване на костната плътност) при рисковите групи.

За профилактика на стероид-индуцирана остеопороза е необходима рационална комбинация от вещества, които предотвратяват костната загуба, възстановяват костните минерали и повишават костната плътност. Тъй

като костта е жива тъкан и за да се запази здрава, е необходимо ежедневно да бъдат приемани нутриенти с диетата. Калцият е от съществено значение за поддържане на костите в добро състояние, заедно с витамин D, който способства за неговата абсорбция и усвояване. Цинкът и магнезият са също съществени фактори, участващи в регенерацията на костната клетка.

В аптечната мрежа се намира продуктът Osteocare[®], наличен във вариантите Osteocare[®] таблетки, Osteocare[®] ефервесцентни таблетки и Osteocare[®] сироп, които съдържат специално разработена комбинация от калций, цинк, магнезий и витамин D3 за ежедневна употреба при мъже и жени от всички възрасти, както и за деца над 3 години. В таблетите са включени също и селен, мед, бор и манган. Препаратът е отличен като номер едно калциева

хранителна добавка във Великобритания. Отлично балансираната му формула набавя богата наличност на калций и магнезий, играещи важна роля в изграждането на костите, заедно с витамин D и цинк. ■

книгопис:

1. Ericson-Neilsen W, Kaye AD. Steroids: pharmacology, complications, and practice delivery issues. *Ochsner J.* 2014 Summer;14(2):203-7.
2. Liu D, Ahmet A, Ward L, Krishnamoorthy P, Mandelcom ED, Leigh R, Brown JP, Cohen A, Kim H. A practical guide to the monitoring and management of the complications of systemic corticosteroid therapy. *Allergy Asthma Clin Immunol.* 2013 Aug; 15:9(1):30.
3. Ramamoorthy S, Cidlowski JA. Corticosteroids: Mechanisms of Action in Health and Disease. *Rheum Dis Clin North Am.* 2016 Feb;42(1):15-31. vii.
4. Schäcke H, Docke WD, Asadullah K. Mechanisms involved in the side effects of glucocorticoids. *Pharmacol Ther.* 2002 Oct;96(1):23-43.
5. Coutinho AE, Chapman KE. The anti-inflammatory and immunosuppressive effects of glucocorticoids, recent developments and mechanistic insights. *Mol Cell Endocrinol.* 2011 Mar; 15:335(1):2-13.
6. Streaten DH. Corticosteroid therapy. II. Complications and therapeutic indications. *JAMA.* 1975 Jun 09;232(10):1046-9.
7. Streaten DH. Corticosteroid therapy. I. Pharmacological properties and principles of corticosteroid use. *JAMA.* 1975 Jun 02;232(9):944-7.
8. Fardel L, Petersen I, Nazareth I. Prevalence of long-term oral glucocorticoid prescriptions in the UK over the past 20 years. *Rheumatology (Oxford)* 2011; 50: 1982-90.
9. Waljee AK, Rogers MA, Lin P, Singal AG, Stein JD, Marks RM, et al. Short term use of oral corticosteroids and related harms among adults in the United States: population based cohort study. *BMJ* 2017; 357.
10. Saka T, Tolosa S, Cutolo M, Kaasinen H, Makinen H, Gogae F, et al. Women, men, and rheumatoid arthritis: analyses of disease activity, disease characteristics, and treatments in the QUEST-RA Study. *Arthritis Res Ther* 2009; 11: R7.
11. Smolen JS, Landewe R, Breedveld FC, Buch M, Burmester G, Dougados M, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. *Ann Rheum Dis* 2014; 73: 492-509.
12. Bruce IN, O'Keefe AG, Farwell V, Hanly JG, Manzi S, Su L, et al. Factors associated with damage accrual in patients with systemic lupus erythematosus: results from the Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC) inception cohort. *Ann Rheum Dis* 2015; 74: 1706-13.
13. Dasgupta B, Matteson EL, Maradit-Kremers H. Management guidelines and outcome measures in polymyalgia rheumatica (PMR). *Clin Exp Rheumatol* 2007; 25 Suppl 47: S130-6.