

БОЛЬ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

Л. Долгова¹, доктор медицинских наук,
И. Красивина², доктор медицинских наук

¹Дорожная клиническая больница на ст. Ярославль
ОАО «РЖД»

²Ярославская государственная медицинская академия
E-mail: Lidija.dlgva@rambler.ru

В статье рассматривается тактика купирования болевого синдрома у больных остеоартрозом крупных суставов. Основное внимание уделено терапии нестероидными противовоспалительными препаратами.

Ключевые слова: остеоартроз, нестероидные противовоспалительные препараты.

В соответствии со ст. 19 Федерального закона РФ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» пациенту регламентировано «право на облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами». При остеоартрозе (ОА) крупных суставов боль является как одним из важнейших клинических критериев заболевания, так и основной причиной обращения пациента к врачу. В результате осуществления Российской межрегиональной программы «Социальные и экономические последствия ревматических заболеваний», включающей этапы скрининга, диагностики и динамического наблюдения, установлено, что боли в крупных суставах в течение всей жизни или в момент обследования отмечались у 44% участников исследования. В 72,4% случаев причиной боли были ревматические заболевания, причем 49% относились к ОА [6]. Наличие хронической боли, нарушенной функции суставов значительно снижают качество жизни больных ОА, вызывая эмоциональный дискомфорт, ухудшая сон, уменьшая общую удовлетворенность здоровьем. Купирование и предотвращение рецидивирования сильной боли при ОА являются первоочередной терапевтической задачей. Повседневная тактика ведения пациентов с ОА коленных и тазобедренных суставов опирается на мировые стандарты, закрепленные в клинических рекомендациях EULAR и OARSI [1, 7, 8, 13].

Немедикаментозные методы (физические упражнения, коррекция массы тела, ортопедические стельки, ортезы, опорные приспособления) занимают 1-е место в этих рекомендациях; они активно используются в практике и продолжают изучаться, однако большинству пациентов в связи с болью в суставах необходимо фармакологическое воздействие.

Согласно современным европейским рекомендациям, стартовым препаратом для купирования боли при ОА является анальгетик ацетаминофен (парацетамол), более 60 лет прочно занимающий позицию наиболее популярного безрецептурного лекарственного средства (ЛС) с доказанным относительно низким риском нежелательных побочных эффектов. Тем не менее даже при максимально допусти-

мой дозе (4 г/сут) эффективность парацетамола ниже, чем у любого нестероидного противовоспалительного препарата (НПВП) [15].

Изучение опыта практических врачей показывает, что в большинстве случаев пациентам с ОА крупных суставов назначаются НПВП.

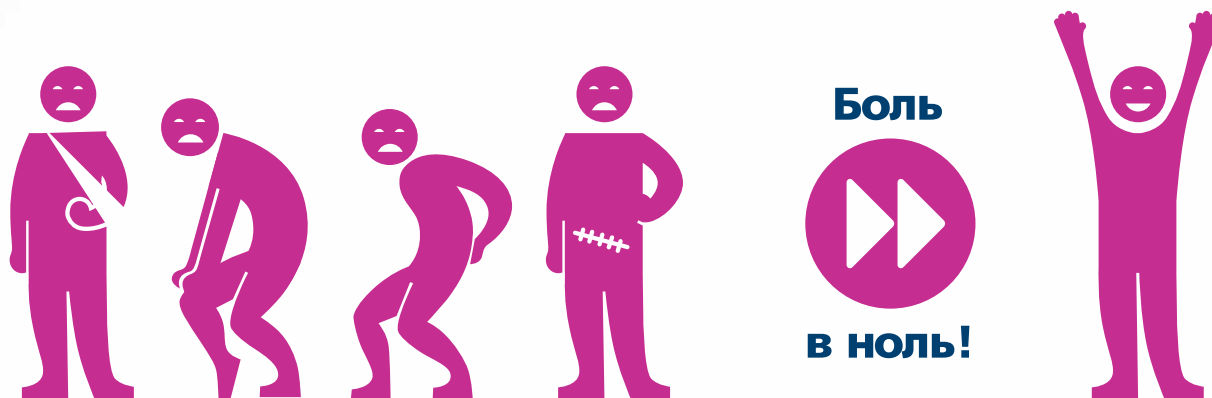
Универсальное влияние НПВП на периферический и центральный механизмы ноцицепции, совмещенное с отчетливым противовоспалительным эффектом, сделало позиции ЛС этого класса наиболее прочными и устойчивыми в современной терапии ОА [3]. Хорошо изучены противовоспалительный и анальгетический эффекты НПВП, реализующиеся путем подавления в очаге воспаления активности изоферментов циклооксигеназы (ЦОГ). Остается дискуссионным вопрос о долгосрочном влиянии НПВП на основной объект терапевтического воздействия при ОА – суставной хрящ. Принимая во внимание доминирующую сегодня воспалительную теорию ОА [2], раннее и возможно более полное купирование синовита за счет подавления образования провоспалительных простагландинов, цитокинов, свободных кислородных радикалов, протеаз действительно может оказывать некоторое защитное действие на хондроциты. Вопросы о позитивном, нейтральном или негативном хондротропном воздействии каждого конкретного НПВП продолжают изучаться.

Несмотря на разнообразные положительные клинические и патогенетические эффекты, НПВП являются ЛС с высоким риском развития класс-специфических побочных реакций и осложнений [11]. Наиболее широко известна проблема гастроинтестинальных повреждений (от простой диспепсии до фатальных желудочно-кишечных кровотечений и перфораций) – так называемой НПВП-гастропатии. Летальность от желудочно-кишечных кровотечений у больных, регулярно принимающих НПВП, в 2–3 раза выше, чем у лиц, не получающих препараты данного класса. Разработка селективных и специфических ингибиторов ЦОГ2, рекомендации учитывать факторы гастроинтестинального риска и при его наличии профилактически использовать блокаторы протонной помпы снизили риск осложнений более чем в 2 раза, но не устранили его полностью.

Не менее серьезными класс-специфическими осложнениями при длительном приеме НПВП являются сердечно-сосудистые проявления, сопровождающиеся повышенным риском дестабилизации артериальной гипертензии (АГ), прогрессирования сердечной недостаточности и развития кардиоваскулярных катастроф [8].

Несмотря на высокий риск нежелательных лекарственных явлений, НПВП в совокупности с другими анальгетиками являются одними из наиболее востребованных ЛС. Так, в 1-й половине 2007 г. анальгетики и НПВП занимали в России 2-е место в розничных аптечных продажах (после антибактериальных средств), причем 2-й по значимости среди причин назначения НПВП были боли в суставах, в 83,5% случаев обусловленные ОА. Отмечено [9], что в 61,8% случаев НПВП назначали терапевты, но дополнительный мониторинг АД проводился всего у 0,7% больных, а полный спектр нежелательных эффектов данного класса ЛС продемонстрировали всего 11,3% врачей. Между тем АГ уже имела место у 44%, ишемическая болезнь сердца – у 16%, сахарный диабет типа 2 – у 7,8% пациентов, которым назначали НПВП [9].

Стремление уменьшить количество нежелательных явлений, вызванных системным применением НПВП, а также



Мощный¹ и быстрый⁶ НПВП для лечения болевого синдрома

- Сбалансированный ингибитор ЦОГ-1/ЦОГ-2
- Мощный анальгетический и противовоспалительный эффект^{1,5}
- Удобство применения (перорально, в/в, в/м)
- Наличие формы с быстрым высвобождением **Ксефокам Рапид**
- Короткий период полувыведения – 4 часа²
- Высокий уровень безопасности, хорошая переносимость у различных групп пациентов^{3,4,5}



1. Norholt S.E. et al. Pain 67 (2-3), 335-343, 1996. 2. Skjodt NM, Davies NM. Clin Pharmacokinet. 1998 Jun; 34 (6): 421-8. 3. Петрова В.В., Осипова Н.А. и соавт. Анестезиология реаниматология №5, 2005. 4. Homdrum E.M. et al. Eur Surg, 38 (5), 342-352, 2006. 5. Møller PL, Norholt SE. Clin Drug Investig. 2008; 28 (12): 757-66. 6. Инструкция по медицинскому применению препарата Ксефокам. Информация для специалистов здравоохранения. Рег. номера МЗ РФ: П № 014845, ЛС-000323, П № 011189. Имеются противопоказания. Полная информация в инструкции по применению.

Сокращенная информация по назначению препарата Ксефокам/Ксефокам Рапид. МНН: лорноксикам. **Показания к применению:** кратковременное лечение болевого синдрома различного происхождения. Симптоматическая терапия ревматических заболеваний. **Противопоказания:** аллергия к лорноксикаму или к другим НПВС; нарушения свертывания крови, состояние после операций, сопряженных с риском кровотечения; эрозивно-язвенные поражения ЖКТ в стадии обострения; выраженное нарушение функции печени; тяжелая печеночная и/или почечная недостаточность; выраженная тромбоцитопения; желудочно-кишечные кровотечения, кровоизлияния в мозг; тяжелая сердечная недостаточность и гиповолемия; период беременности и лактации; возраст до 18 лет. **Побочные эффекты:** боль в животе, диарея, тошнота, рвота, изжога, гастрит, эзофагит, эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки ЖКТ и/или кровотечения из ЖКТ; высыпания на коже, экзема; тромбоцитопения, увеличение времени кровотечения, анемия; развитие или усугубление сердечной недостаточности, повышение или снижение АД, сердцебиение, тахикардия; головокружение, головная боль; одышка, бронхоспазм, кашель; дизурия, острая почечная недостаточность; миалгия; конъюнктивит, нарушения зрения; бронхоспазм, крапивница. **С осторожностью:** язвенное поражение ЖКТ в анамнезе, длительное использование НПВС, сахарный диабет, возраст старше 65 лет. **Дозирование:** Рекомендуемая доза 8-16 мг/сут., поделенная на 2-3 приема.

моно- или олигоартритический характер поражения крупных суставов при ОА закономерно приводят к широкому использованию локальных методов терапии. Аппликации гелевых и мажевых форм НПВП в непосредственной близости от пораженных структур позволяют создавать эффективную концентрацию препарата в патологическом очаге. При таком применении НПВП его концентрация в крови минимальна и не создает угрозы развития гастроинтестинальных и кардиоваскулярных побочных эффектов.

Синовиты, резистентные к лечению системными и локальными формами НПВП, могут быть купированы путем проведения пункции сустава с эвакуацией синовиальной жидкости и последующим внутрисуставным введением глюкокортикостероидов (ГКС). Введение ГКС в полость пораженного сустава ингибирует синтез интерлейкина (ИЛ)-1 и фактора некроза опухоли- α (ФНО α) [11]. Анальгетический эффект локального применения ГКС развивается быстро, сохраняется в течение 4–6 нед, позволяет быстро подавить вторичный синовит и обеспечивает значительное уменьшение артралгий, однако у многих пациентов эффект лечения недостаточно стоек. В ряде случаев потенцирование анальгетического эффекта ГКС достигается одновременным введением местных анестетиков, однако это чревато развитием нежелательных аллергических реакций. Кроме того, кратность использования локальных инъекций ГКС не должна превышать 3 в год (во избежание развития симптомов экзогенного гиперкортицизма).

Альтернативой, позволяющей также методом локальной инъекционной терапии купировать синовит крупных суставов, является внедрение в практику внутрисуставного введения НПВП. Единственным препаратом данной группы, использованию которого для внутрисуставного введения посвящен ряд сообщений, является сегодня лорноксикам (Ксефокам) – производное оксикама. Препарат сбалансированно ингибирует ЦОГ1/ЦОГ2, а также образование ИЛ6, оксида азота, в меньшей степени – ФНО α , ИЛ1 и ИЛ8.

Ксефокам обладает рядом особенностей, отличающих его от других препаратов данной группы:

- более короткий период полувыведения (3–4 ч), что снижает риск его передозировки и частоту дозозависимых нежелательных явлений;
- способность стимулировать выработку эндогенного динорфина и эндорфина, активируя таким образом антиноцицептивную систему, влияя на центральные звенья патогенеза болевого синдрома;
- хорошая переносимость, обусловленная метаболизмом препарата в печени под воздействием цитохрома P450 с образованием фармакологически неактивных метаболитов, 1/3 их выводится через почки и 2/3 – через желудочно-кишечный тракт, при этом энтеропеченочная циркуляция отсутствует. У больных с легкой или умеренной степенью печеночной и (или) почечной недостаточности коррекции дозы препарата не требуется;
- предупреждение костной деструкции за счет активации синтеза протеогликанов суставного хряща [10, 12].

Максимальная концентрация лорноксикама в синовиальной жидкости фиксируется через 4 ч, составляя 50% от содержания в плазме, и в последующем плавно снижается. В плазме отмечено 2 пика – через 30 мин и 4 ч.

Ксефокам (лорноксикам) эффективен как при острых болях, так и при хронических воспалительных процессах. При

острых болях, обусловленных люмбагиями, анальгетический эффект лорноксикама в первые 3–8 ч значительно превосходил таковой диклофенака. В итоге эффект оценен как очень хороший и хороший у 93% больных [4].

Анальгетический эффект Ксефокама проявляется при болях различной интенсивности. При сильных послеоперационных болях эффект Ксефокама сопоставим с таковым опиоидов (морфий, петидин, трамадол). Внутривенное применение 8–16 мг Ксефокама эквивалентно назначению 20 мг морфия, 100 мг петидина, 50 мг трамадола. Совместное использование препарата с опиоидами позволяет уменьшить дозу последних и снизить риск развития побочных эффектов от них.

У пациентов с болью в пояснице даже небольшие дозы Ксефокама обладают эффективностью, подобной высоким дозам кеторолака и ибупрофена. Приводятся следующие соотношения: 4 мг таблетированного Ксефокама аналогичны 650 мг ацетилсалициловой кислоты и 200 мг ибупрофена, 8 мг – соответственно 400–800 мг ибупрофена и 10 мг кеторолака [12].

Доступным амбулаторным методом лечения больных остеохондрозом поясничных позвонков является околосоуставное введение Ксефокама. У пациентов, которым лекарственный препарат вводили в область дугоотростчатых суставов, наблюдались более быстрое, чем при внутривенном/внутримышечном доступе, купирование болевого синдрома (на 3–5-е сутки), отсутствие распространения патологического процесса на другие позвоночно-двигательные сегменты и экстравертебральные структуры [5].

Внутрисуставное введение лорноксикама после артроскопической реконструкции передней крестообразной связки значительно уменьшало выраженность боли по шкале WOMAC, а также снижало ежедневное потребление морфина в 6,6 раза по сравнению с контролем (плацебо) [14].

Таким образом, современный арсенал ЛС позволяет индивидуализировать тактику при терапии пациентов с ОА крупных суставов.

Литература

1. Алексеева Л.И., Цветкова Е.С. Остеоартроз: из прошлого в будущее // Научно-практ. ревматол. – 2009; 2: 31–9.
2. Бадюкин В.В. Значение воспаления в развитии и течении остеоартроза // Consilium Medicum. – 2009; 11 (9): 91–5.
3. Балабанова Р.М. Алгоритм назначения нестероидных противовоспалительных препаратов в практике врача-терапевта // Рус. мед. журн. – 2013; 5: 265–9.
4. Балабанова Р.М. Анальгетический эффект Ксефокама при лечении болезней костно-мышечной системы // Рус. мед. журн. – 2011; 10: 610–2.
5. Бектошев О., Бектошев Р., Хамраев Х. и др. Околосоуставное введение Ксефокама при лечении поясничного остеохондроза // Рус. мед. журн. – 2010; 18: 1128–9.
6. Галушко Е.А., Большакова Т.Ю., Виноградова И.Б. и др. Структура ревматических заболеваний среди взрослого населения России по данным эпидемиологического исследования // Научно-практ. ревматол. – 2009; 1: 11–7.
7. Каратеев А.Е. Симптоматическая обезболивающая и противовоспалительная терапия при ревматических заболеваниях // Справ. поликлин. врача. – 2009; 12: 48–50.
8. Остеоартрит. Диагностика и ведение больных остеоартритом коленных и тазобедренных суставов. Клинические рекомендации. Под ред. О.М. Лесняк / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006; 176 с.
9. Наумов А.В., Семенов П.А. Боль в России: факты и умозаключения // Consilium Medicum. – 2010; 12 (2): 42–8.
10. Носков С.М. Консервативное лечение остеоартроза / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012; 208 с.

11. Олюнин Ю.А. Остеоартроз. Актуальные вопросы диагностики и лечения // РМЖ. – 2012; 7: 385–8.

12. Шевченко Е.В., Пилипович А.А., Данилов А.Б. Лорноксикам (Ксефокам) в терапии болевого синдрома // Рус. мед. журн. – 2012; Спец. вып.: 23–6.

13. Altman R. Early management of osteoarthritis. // Am. J. Manag. Care. – 2010; 16: 41–7.

14. Amin S., Yosry M., El D. The effect of the addition of lornoxicam (xefocam) intrarticularly on the WOMAC Scale in patients undergoing arthroscopic anterior cruciate ligament reconstruction // Middle East J. Anesthesiol. – 2011; 21 (1): 15–21.

15. Flood J. The role of acetaminophen in the treatment of osteoarthritis // Am. J. Manag. Care. – 2010; 16: 48–54.

PAIN IN LARGE JOINT OSTEOARTHRITIS

L. Dolgova¹, MD; I. Krasivina², MD

¹Railway Clinical Hospital at the Yaroslavl Station, OAO «RZhD», Yaroslavl

²Yaroslavl State Medical Academy

The paper considers the tactics of pain syndrome relief in patients with large joint osteoarthritis. Major attention is given to therapy with nonsteroidal anti-inflammatory drugs.

Key words: osteoarthritis, nonsteroidal anti-inflammatory drugs.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ С ЯЗВЕННЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

О. Антонов, кандидат медицинских наук,
А. Черепанин, доктор медицинских наук, профессор,
Е. Нечипоренко
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
E-mail: oantonov78@mail.ru

Лучшие результаты у пациентов со стенозирующими кровоточащими пилородуоденальными язвами получены при срочных оперативных вмешательствах, выполненных после кратковременной предоперационной подготовки, направленной на восполнение кровопотери и коррекцию имеющихся на фоне пилородуоденального стеноза водно-электролитных и белково-энергетических нарушений.

Ключевые слова: язвенные гастродуоденальные кровотечения, стенозирующие кровоточащие пилородуоденальные язвы, рецидив кровотечения, эндоскопический гемостаз.

Язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта, порой являясь причиной осложнений, способных приводить к инвалидности и угрожающих жизни больного [2, 11]. Несмотря на успехи гастроэнтерологии, на территории СНГ отмечаются рост заболеваемости ЯБЖ и ДПК, а также увеличение числа осложнений язвенной болезни, не снижается летальность [3, 13].

Язвенная болезнь осложняется кровотечением у 4,2–16% больных, пилородуоденальным стенозом (ПДС) у 10–20% [4, 11]; сочетание указанных осложнений встречается у 3,8–29,6% больных и имеет тенденцию к увеличению [6, 7, 9]. Опубликованные данные свидетельствуют о том, что при сочетании язвенного гастродуоденального кровотечения (ЯГДК) и ПДС летальность может составлять от 3,9 до 57%, превосходя соответствующий показатель у больных с одним из осложнений (при ЯГДК – от 3,9 до 32%, при язвенном ПДС – от 3,9 до 8,4%) [2, 6, 13].

Заметим, что литература, посвященная сочетанию данных осложнений, основывается на небольшом числе наблюдений. С целью привлечения внимания к проблеме осложненной язвенной болезни нами проанализированы результаты лечения 110 пациентов со стенозирующими кровоточащими пилородуоденальными язвами (СКПДЯ). Средний возраст больных составил 51,0 (19,0–85,0) года. При поступлении всем больным после отмывания желудка через зонд проводилась экстренная эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) для установления источника и характера кровотечения, а также оценки возможности рецидива кровотечения. Обращает на себя внимание тенденция к более тяжелой исходной кровопотере при сочетании ЯГДК и ПДС (табл. 1).