

НПВП ЛОКАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРИТА И СПОНДИЛОАРТРИТА

А. Епифанов

Медицинский центр «Самарский», Самара

E-mail: epifus@mail.ru

У пациентов с остеоартритом, который часто затрагивает 1 или несколько суставов, применение локальных форм нестероидных противовоспалительных препаратов представляется привлекательным, поскольку лечение направлено на пораженную область без системного воздействия.

Ключевые слова: ревматология, остеоартрит, спондилоартрит, нестероидные противовоспалительные препараты, локальная терапия, Долгит®.

Пациенты на поликлиническом приеме часто жалуются на боль, связанную с опорно-двигательной системой: боль в шее, между лопаток, в нижней части спины и коленных суставах (КС). Диагноз остеоартрита (ОА), несмотря на технический прогресс и внедрение в медицинскую практику сонографии суставов, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, часто ставят в поздние сроки болезни из-за отсутствия болевого синдрома, который является основной причиной обращений к врачу. Как правило, в большинстве подобных случаев назначают нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Прежде чем перейти к рассмотрению места НПВП локального действия в лечении ОА и спондилоартрита, следует обозначить ряд ограничений применения НПВП системного действия:

- повышение АД у пациентов с артериальной гипертензией – АГ (так или иначе, это побочное действие оказывают все НПВП системного действия); для купирования данного эффекта применяют блокаторы кальциевых каналов;
- широкая распространенность коморбидности у пациентов с ОА – АГ, сахарный диабет, инсулинорезистентность, сердечно-сосудистые заболевания и дислипидемии, хроническая почечная недостаточность (ХПН), т.е. пациенты на момент обращения по поводу ОА уже получают базисную терапию сопутствующих заболеваний, и при ее дополнении еще одним лекарственным средством возникают побочные эффекты из-за малоизученного взаимодействия одновременного приема препаратов нескольких фармакологических групп;
- все пациенты, принимающие ацетилсалициловую кислоту (АСК), не должны принимать НПВП системного действия при лечении ОА, так как это резко повышает нежелательное действие НПВП на желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) и сердечно-сосудистую систему;
- при наличии в анамнезе инфаркта миокарда, инсульта, аортокоронарного шунтирования или резистентной к терапии АГ системные НПВП ему противопоказаны;
- если в анамнезе фигурирует хронический пиелонефрит, перед назначением НПВП следует исключить нарушение клубочковой фильтрации и определить клиренс креатинина;

- при наличии в анамнезе заболеваний ЖКТ любые, даже селективные НПВП, могут вызвать серьезные осложнения;
- к сложностям применения системных НПВП можно отнести также их неконтролируемое употребление нашим населением; люди самостоятельно подбирают себе НПВП, принимают их или слишком длинными курсами или слишком часто меняют препараты, что, в свою очередь, увеличивает частоту осложнений.

Что касается различных форм НПВП – гелей, кремов, мазей, то они недостаточно популярны среди врачей как локальные средства лечения ОА. Обычно у практикующих врачей наблюдается скептическое отношение к ним, хотя при наличии противопоказаний к применению НПВП системного действия локальная терапия все же является выходом.

В 2010 г. в одном из Кохрановских обзоров [1] по результатам 47 рандомизированных исследований, в которые были включены 3455 человек, был сделан вывод об однозначной эффективности локальных НПВП при ОА.

Хотелось бы подчеркнуть особенно важные моменты, обосновывающие применение различных форм локальных НПВП:

1. ОА любой стадии – это патология не только тканей сустава и субхондральной кости, но и периартикулярных тканей – энтезисов, бурс, связок, мышц. Используя мази НПВП, можно получить необходимую концентрацию действующего вещества в этих тканях. К сожалению, поражению периартикулярных тканей врачи не уделяют должного внимания. Известно, что данные рентгенографии, магнитно-резонансной томографии (МРТ) или изображение, получаемое при УЗИ, и жалобы больного не имеют прямой корреляции [8]. Артроз КС на МРТ или рентгенограмме при клинической оценке часто оказывается тендиномом собственной связки надколенника или бурситом анзериновой сумки. Более всего при осмотре пациента врача должны интересовать не структурные диагнозы – артроз II стадии, разрыв мениска *stoler* II, а клинические, функциональные, наличие болезненных поверхностных зон в области верхнего полюса надколенника, в области внутренней части КС – именно такая боль прекрасно устраняется с помощью мазей НПВП. Симптомы так называемого гонартроза могут быть купированы после 5 дней аппликации мази НПВП на область сухожилия квадрицепса.

2. Учитывая возможность отрицательного общего влияния на организм НПВП системного действия, НПВП локального действия более предпочтительны, особенно в ситуациях олиго- и моноартроза, при коморбидности, применении пациентом АСК после перенесенного сердечно-сосудистого события, а также на фоне ХПН, беременности, язвенной болезни ЖКТ и АГ. Нужно понимать, что концентрация НПВП в крови после применения мази в 100 раз меньше, чем в очаге воспаления, а при приеме системного НПВП *per os* его концентрация в плазме крови превышает таковую в очаге примерно в 2 раза [2]. Неселективные НПВП отличаются от селективных тем, что находятся в плазме крови меньше времени, а концентрация селективных НПВП в плазме крови должна быть постоянной, иначе они не будут проникать в нужной концентрации в очаг.

3. Использование крема НПВП может быть предпочтительнее назначения НПВП энтерально ввиду возможности более длительного при необходимости применения без развития системных побочных реакций.

4. Применение кремов повышает комплаентность больных, настраивает их на активную позицию. Крем отлично



Зоны КС, нуждающиеся в особом внимании

сировали в 6% случаев неблагоприятные эффекты местного характера и в 3% случаев – системные побочные явления при использовании как местного НПВП, так и плацебо [6].

В заключение хотелось бы отметить, что ранний переход к мультимодальной и сопутствующей терапии дает наибольший эффект в отношении уменьшения боли и улучшения функции суставов при ОА КС, и порекомендовать сместить приоритет в сторону локальных НПВП [7], особенно если боль неярко выражена или заболевание проявилось впервые. У пациентов с ОА, который часто затрагивает 1 или несколько суставов, применение локальных форм НПВП представляется более привлекательным, так как лечение направлено на пораженную область без системного воздействия. Идея локального лечения очень перспективна, поскольку препарат воздействует именно там, где это необходимо. Важно и то, что пациент сам участвует в лечении и контролирует его. В случаях

сочетается с рекомендациями по лечебной физкультуре, ортопедической коррекцией и снижением массы тела. Использованию местных НПВП жители нашей страны больше привержены, чем к таблетированным препаратам.

В 2001 г. J. Rovensky и соавт. [3] проведено двойное слепое плацебоконтролируемое исследование применения 5% крема ибупрофена. В исследование включили пациентов в возрасте 40–75 лет с умеренной болью по визуальной аналоговой шкале, индексом Lequesne от 5 до 13 баллов и радиографическими признаками ОА II–III степени. Пациентов наблюдали в период с сентября 1999 г. до ноября 2000 г. Исследуемый препарат наносили на более болезненное колено в виде полоски до 10 см в течение 7 дней. В основной группе каждая полоска содержала приблизительно 200 мг ибупрофена. Быстрый ответ на терапию отмечен у 32 (64,0%) больных в группе ибупрофена и у 15 (30,0%) – в группе плацебо.

В еще одном убедительном обзоре 14 двойных слепых плацебоконтролируемых исследований (почти 1500 пациентов) местный НПВП оказалось значительно эффективнее плацебо [4]. В 3 исследованиях (764 пациента) при сравнении кремов НПВП с пероральным НПВП различия в эффективности не выявлено [5]. Авторы исследования [6] зафик-

применения местных форм НПВП концентрация активного вещества в крови меньше, чем при использовании пероральных НПВП. Данные обзора Британского медицинского управления по ОА убедительно доказывают эффективность и безопасность применения локальных форм НПВП у пациентов с ОА [9].

В качестве примера можно рассмотреть препарат Долгит®, который выпускается в форме геля и крема. Долгит® представляет собой препарат из группы НПВП для наружного применения, который назначают для устранения симптомов артрита и остеохондроза. Долгит® содержит в качестве активного компонента ибупрофен в концентрации 5%. При нанесении на область суставов Долгит® всасывается в синовиальную (суставную) жидкость, откуда небольшими порциями поступает в кровь, и выводится из организма почками.

Особого внимания заслуживают рекомендации по нанесению крема: крем наносят на больное место легкими массирующими движениями. В области колена необходимо воздействовать подушечками пальцев на следующие зоны (см. рисунок), при обнаружении болезненности в этих зонах их массируют по 2 мин. То есть надо не просто втирать крем

ибупрофен

Долгит® Крем для наружного применения 5%



**ГЛУБОКОЕ
ПРОНИКНОВЕНИЕ
ИБУПРОФЕНА
В ТКАНИ.***

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

во всю поверхность КС, а действовать с легким акцентом на зоны, требующие особого внимания.

Крем Долгит® – эффективное средство локальной терапии – может быть рекомендован для использования в практике ревматолога, травматолога и терапевта.

Литература

1. Massey T., Derry S., Moore R. et al. Topical NSAIDs for acute pain in adults // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2010; 6: CD007402.
2. Moore R., Tramer M., Carroll D. et al. Quantitative systematic review of topically applied non-steroidal anti-inflammatory drugs // *BMJ.* – 1998; 316: 333–8.
3. Rovensky J., Micekova D., Gubzova Z. et al. Treatment of knee osteoarthritis with a topical non-steroidal antiinflammatory drug. Results of a randomized, double-blind, placebo-controlled study on the efficacy and safety of a 5% ibuprofen cream // *Drugs Exp. Clin. Res.* – 2001; 27: 209–21.
4. Pellacci F., Ghirardini G. Impiego dell'ibuprofen pazienti ambulatoriali ortopedico // *Clin. Ter.* – 1982; 101: 3639.
5. Evans J., McMahon A., McGilchrist M. et al. Topical non-steroidal anti-inflammatory drugs and admission to hospital for upper gastrointestinal bleeding and perforation: a record linkage casecontrol study // *BMJ.* – 1995; 311: 22–6.
6. Evans J., McGregor E., McMahon A. et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and hospitalization for acute renal failure // *QJM.* – 1995; 88 (8): 551–7.
7. Mason L., Moore R., Edwards J. et al. Topical NSAIDs for acute pain: a meta-analysis // *BMC Fam. Pract.* – 2004; 5: DOI 10-10.1186/1471-2296-5-10.
8. Насонов Е.Л., Лазебник Л.Б., Беленков Ю.Н. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации / М.: Алмаз, 2006; 88 с.
9. Walker-Bone K., Javaid K., Arden N. et al. Medical management of osteoarthritis // *Br. Med. J.* – 2000; 321: 936–40.