

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ: ПОИСКИ ОПТИМАЛЬНОГО ПУТИ

А. Гаркави, доктор медицинских наук, профессор
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)
E-mail: avgar22@yandex.ru

Минимизировать нежелательные побочные реакции при проведении консервативной терапии с помощью нестероидных противовоспалительных препаратов у пациентов с остеоартрозом позволяет сочетание перорального приема указанных препаратов с местными аппликациями Долгит® гель для наружного применения 5%.

Ключевые слова: терапия, остеоартроз, острая боль, нестероидные противовоспалительные препараты, ибупрофен, Долгит® гель.

Остеоартроз — настолько распространенная патология, что в его лечении участвуют многие специалисты — ортопеды, ревматологи, фармакологи, терапевты, хирурги, реабилитологи, эндокринологи, иммунологи, курортологи, диетологи и др. Пришло понимание того, что проблема остеоартроза — комплексная, и решать ее необходимо совместными усилиями [2, 5, 7, 13].

Основная, а порой и единственная у пациентов, страдающих остеоартрозом, жалоба — на боль в самых различных ее проявлениях: это «стартовая» боль, при нагрузке, движениях, в покое, ночная... Борьба с болевыми и воспалительными реакциями — важнейшая задача врача и главная просьба пациента [4, 9, 15].

Сегодня спектр возможностей для борьбы с болью и воспалением весьма широк: от операций (эндопротезирование, корригирующие остеотомии, артроскопия, хондропластика) до соблюдения охранительного режима, использования физиотерапевтических процедур, лечебной физкультуры, санаторно-курортного лечения.

Из немедикаментозных методов основным направлением является снижение нагрузки на сустав. Достигнуть этого можно разными способами, и прежде всего — путем «воспитания» пациента. Перед врачом стоит задача не только объяснить пациенту все нюансы охранительного режима, но и добиться от него понимания и выполнения неизбежных ограничений. Общим принципом охранительного режима является то, что для сустава полезны движения без опорной нагрузки (например, плавание, занятия на тренажерах с усилием, направленным на растяжение сустава), и вредны — движения с опорной нагрузкой (например, для нижних конечностей — бег, приседания, прыжки со скакалкой) [8, 9, 11, 12].

Следует предостеречь пациента от увлечения внешними фиксаторами (ортезами). Ортез или даже простой эластичный бинт способствуют разгрузке сустава, заменяя собой работу мышц. Поэтому помимо положительного эффекта от разгрузки сустава, при длительном применении внешних фиксаторов довольно быстро развивается мышечная гипотрофия, и естественная мышечная защита сустава снижается, делая впоследствии фиксацию ортезом абсолютно необходимой

постоянно. Поэтому к разгрузке суставов с помощью ортезов следует относиться с осторожностью, применяя их для постоянного ношения при остеоартрозе только на период обострения боли или воспалительной реакции на фоне интенсивного лечения. Можно также рекомендовать ортез для кратковременной фиксации (1–2 ч в течение дня) во время повышенной нагрузки [9, 10].

Кроме того, спектр различных способов разгрузки сустава включает, помимо упомянутых, также снижение избыточной массы тела, перемену места работы и рода деятельности, отказ от активных занятий спортом или изменение режима тренировок, лечебную физкультуру для укрепления мышц конечности, мануальную терапию для устранения миогенных болей и контрактур, лечебное вытяжение и др. [3, 4, 8, 10, 14, 15] (рис. 1).

К прочим методам немедикаментозного лечения можно отнести способы физического и природного воздействия, включающие физиотерапию, рефлексотерапию, лазеротерапию, ударно-волновую терапию, а также применение лечебных грязей, процедур в термальной воде (рис. 2).

Однако в большинстве случаев эти методы имеют лишь вспомогательное значение и должны сочетаться с медикаментозной терапией.



Рис. 1. Снижение нагрузки на сустав



Рис. 2. Немедикаментозные методы лечения остеоартроза

Без применения фармакотерапии не обходится практически ни один пациент. Ее можно разделить на симптоммодифицирующую, направленную непосредственно на достижение анальгетического и противовоспалительного эффекта, и структурно-модифицирующую, улучшающую внутрисуставную среду, жизнедеятельность суставного хряща и других структур пораженного сустава. Это деление весьма условно, так как применение симптоммодифицирующих средств, снижая воспалительную реакцию, способствует созданию для сустава более благоприятных условий функционирования, а с другой стороны, нормализация внутрисуставной среды с помощью структурно-модифицирующих средств приводит к купированию боли и воспаления. Более того, для большинства медикаментов, относимых к той или иной группе, в частности, для хондропротекторов, на биохимическом уровне доказано двоякое действие — как прямое противовоспалительное, так и структурно-модифицирующее [7–9].

Фармакотерапию можно разделить также на системную (пероральное, ректальное, внутримышечное введение) и локальную (внутрисуставная и параартикулярная инъекционная терапия, аппликации) [1, 4, 6, 15].

Препараты хондроитина и глюкозамина называют хондропротекторами. Считается, что они напрямую воздействуют на суставной хрящ, оказывая структурно-модифицирующее действие, а их обезболивающий и противовоспалительный эффект, отмечающийся, как правило, в сроки около 3 нед после начала курса лечения, является вторичным. Наиболее популярен пероральный прием хондропротекторов, однако существуют и препараты для внутримышечного и даже внутрисуставного введения. В любом случае курс лечения довольно длительный: при пероральном приеме он составляет для различных препаратов от 3 до 6 мес, при внутримышечном — от 10 до 20 инъекций. Таким образом, хондропротекторы не могут использоваться для купирования острой боли [9, 16].

К симптоммодифицирующей системной терапии, помимо анальгетиков, применение которых носит исключительно симптоматический характер, следует отнести, прежде всего, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), являющиеся одновременно надеждой и проклятием пациентов с остеоартрозом. С одной стороны, они достаточно эффективны, и отказаться от их применения в большинстве случаев не удастся, с другой — эти препараты, особенно при длительном применении, вызывают ряд осложнений, представляющих порой существенную опасность, которую зачастую недооценивают не только сами пациенты, но и врачи [6, 8, 15] (рис. 3).



Рис. 3. Эффект от применения НПВП не всегда благоприятен

Особое беспокойство вызывает широко распространенная в России практика самостоятельного приема НПВП без назначений и контроля врача, на основании советов друзей, соседей. Вместе с тем прием этих препаратов должен быть строго дозирован, иметь четкие показания и сопровождаться мерами по минимизации опасности возможных осложнений (например, для снижения ulcerогенной опасности рекомендован параллельный прием препаратов — ингибиторов протонной помпы). Следует также иметь в виду, что, несмотря на имеющиеся сообщения о благотворном воздействии НПВП на внутрисуставную среду и состояние суставного хряща (т.е. структурно-модифицирующий эффект), все же эта группа препаратов, прежде всего, оказывает противовоспалительное и обезболивающее действие. Именно этот эффект и является наиболее ожидаемым при проведении соответствующего курса лечения.

Исследования патогенеза остеоартроза и нежелательных побочных реакций от приема противовоспалительных препаратов привели в том числе к пониманию роли циклооксигеназ, продуктов трансформации арахидоновой кислоты и механизмов воздействия НПВП на эти процессы. Это позволило дифференцировать НПВП, разделив их на группы и прогнозируя для каждой из них как эффективность, так и степень опасности осложнений. Но в любом случае следует стремиться минимизировать прием НПВП, принимая их только по строгим показаниям, небольшими по длительности курсами, по возможности проводя альтернативное противовоспалительное лечение. Так, параллельное использование физиотерапевтических процедур может позволить снизить дозировку и кратность приема НПВП, а некоторые биологически активные добавки — послужить приемлемой альтернативой.

НПВП вводят разными путями: как перорально, так и в виде внутримышечных инъекций или ректальных свечей. Однако их побочные эффекты (в том числе — ulcerогенный) не зависят от способа введения, и даже аппликации мази, содержащей НПВП, несут в себе те же риски, хотя и несколько меньшие, поскольку локальное воздействие препарата требует, как правило, меньшей дозировки.

Препараты, входящие в группу НПВП, различаются по своей эффективности прежде всего за счет способности к блокированию действия циклооксигеназ (ЦОГ1 и ЦОГ2) и, соответственно, синтеза провоспалительных простагландинов. При этом среди НПВП выделяют как препараты, избирательно ингибирующие ЦОГ1 или ЦОГ2, так и действующие на оба фермента — преимущественно селективные ингибиторы ЦОГ2 (например, нимесулид) и неселективные ингибиторы ЦОГ1 и ЦОГ2 в примерно равной степени. Последние обладают наибольшим противовоспалительным эффектом, однако и представляют наибольшую опасность развития нежелательных побочных реакций.

К сожалению, до сих пор не удалось нарушить неразрывную связь между параллельным увеличением терапевтического эффекта препарата и опасности осложнений. Имеющиеся в арсенале врача биологически активные добавки или гомеопатические средства с противовоспалительным эффектом все же уступают в эффективности НПВП. Поэтому проводя терапию с применением НПВП, следует стремиться к снижению общей дозы препарата, назначаемой на курс лечения. Постоянное же системное применение НПВП не может быть рекомендовано, так как слишком опасно.

При наличии острой воспалительной реакции, сопровождающейся болевым синдромом, НПВП считают препаратами первого ряда, однако в таких случаях применение неселек-

тивных ингибиторов ЦОГ должно быть непродолжительным (желательно – не более нескольких дней). Но даже при таком коротком курсе нужно стремиться к уменьшению общей дозы препарата. Это достижимо, в том числе при комбинировании системного и локального применения НПВП.

В качестве примера можно рассмотреть комбинированное применение ибупрофена – одного из наиболее распространенных НПВП, относящихся к неселективным ингибиторам ЦОГ. Этот препарат получил широкое распространение еще в середине 80-х годов XX века. Сейчас он выпускается как для системного применения (таблетки, суспензия, свечи), так и для локальной терапии (5% крем или гель).

Мы провели наблюдение 43 пациентов, обратившихся за консультацией по поводу выраженных болей в области коленного сустава для решения вопроса об оперативном лечении (артроскопии). Больные были в возрасте от 38 до 65 лет, выраженность болевого синдрома оценивалась от 50 до 80 баллов (среднее значение – 68 баллов) по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), что трактовалось как сильная и очень сильная боль.

Из 43 пациентов у 26 (60,5%) к моменту обращения уже было объективно верифицировано повреждение менисков, и они проходили подготовку к артроскопической операции. У остальных 17 пациентов обострение было связано с эпизодами повышенной нагрузки в ближайшие 1–2 дня, и им было рекомендовано магнитно-резонансное томографическое обследование для определения дальнейшей тактики лечения.

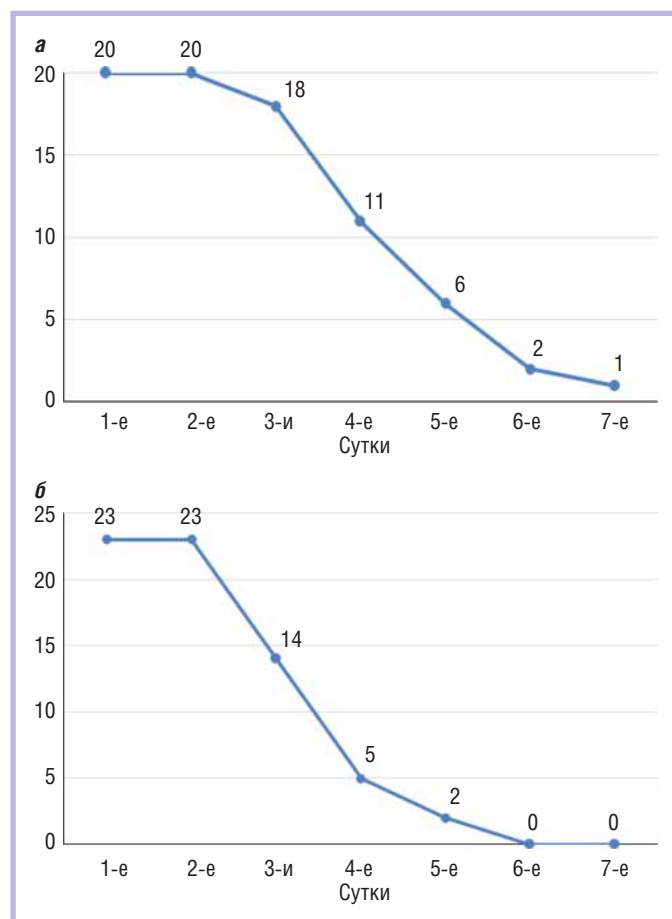


Рис. 4. Число пациентов с болевым синдромом, превышающим 25 баллов по ВАШ: а – 1-я группа; б – 2-я группа

Тем не менее выраженный болевой синдром у всех пациентов вне зависимости от избранной дальнейшей тактики определил необходимость проведения курса противовоспалительного и анальгетического лечения.

Для купирования обострения применили препарат ибупрофен перорально и Долгит® гель, действующим компонентом которого также является ибупрофен. У 20 пациентов (1-я группа) применяли ибупрофен только в пероральной форме – суточная доза 800 мг. У остальных 23 пациентов (2-я группа) пероральный прием ибупрофена сочетали с локальным применением Долгит® гель (3 раза в сутки).

Учитывая наличие верифицированной патологии, требующей дополнительного обследования, а в ряде случаев – и оперативного лечения, мы не стремились полностью купировать болевой синдром. Критерием для отмены перорального приема препарата было снижение боли до уровня 25 баллов по ВАШ, однако общая продолжительность перорального приема не превышала 7 дней.

У пациентов 1-й группы интенсивность боли к началу приема препарата в среднем составила 65 баллов по ВАШ. На 2-е сутки приема отмечено существенное снижение боли (с 65 до 48 баллов, т.е. в 1,4 раза), однако ни у кого этот показатель не был менее 25, и прием препарата продолжился. К 4-м суткам наблюдения боль, превышающая 25 баллов по ВАШ, сохранилась у 11 (55,0%) пациентов, к 7-м – только у 1 больного (32 балла) – с явными клиническими признаками дислокации поврежденного мениска и прямыми показаниями к оперативному вмешательству (операция была выполнена на 8-е сутки). Во 2-й группе среднее значение боли к началу лечения составило 70,6 балла по ВАШ, однако динамика ее снижения была лучше. К 4-м суткам пероральный прием препарата продолжен всего у 5 (21,7 %) пациентов, а к 6-м суткам болевой синдром во всех случаях оценивался менее 25 баллов по ВАШ, в связи с чем пероральный прием препарата был прекращен (рис. 4).

Таким образом, в 1-й группе суммарная доза перорального приема препарата составила в среднем 3,12 г на одного пациента; во 2-й группе, где терапевтический эффект был усилен применением Долгит® гель для наружного применения 5% – 2,33 г на одного пациента (<1,3 раза).

Проведенное наблюдение позволяет заключить, что при купировании острой болевой и воспалительной реакции сустава на фоне остеоартроза усилить терапевтический эффект и соответственно снизить суммарную дозу перорального приема НПВП можно с помощью местных аппликаций противовоспалительных препаратов.

Литература:

1. Алексеева Л.И. Схема лечения больных остеоартрозом коленных суставов // Лечащий врач. – 2007; 2: 49.
2. Багирова Г.Г. Мейко О.Ю. Остеоартроз: эпидемиология, клиника, диагностика, лечение / Арнебия, 2005; с. 224–5.
3. Дубров В.Э., Ярема И.В., Ребров В.Н. Комплексное лечение дегенеративно-воспалительных поражений коленного сустава у пожилых больных // Травматол. и ортопед. России. – 2005; 35: 49.
4. Зоря В.И. Лазишвили Г.Д., Шпаковский Д.Е. Деформирующий артроз коленного сустава / М., 2010; 320 с.
5. Лебедева Е.А. Клинико-эпидемиологическая характеристика заболеваний суставов у городского населения. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Иваново, 2007; 22 с.
6. Лиля А.М. Современная фармакотерапия остеоартроза // Terramedica. – 2005; 1 (37): 3–9.
7. Насонов Е.Л. Ревматология / М., 2004.

8. Носков С.М. Консервативное лечение остеоартроза / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012; 208 с.; Просвета, 2013; 126 с.
9. Пихлак А.Э., Гаркави А.В., Логачев В.А. Остеоартроз: клиника, диагностика, лечение – пособие для врачей / М.: Медпрактика-М, 2013; 144 с.
10. Brouwer R. et al. Braces and orteses for treating osteoarthritis of the knee // Cochrane Database Syst. Rev. – 2005; 1: CD004019.
11. Felson D. et al. Osteoarthritis: new insights. Part 1: the disease and its risk factors // Am. Intern. Med. – 2000; 133 (8): 635–46.
12. Fransen M. et al. Physical therapy is effective for patients with osteoarthritis of the knee: a randomized controlled clinical trial // J. Reumatol. – 2001; 28: 156–64.
13. Felson D. An update on the pathogenesis and epidemiology of osteoarthritis // Radiol. Clin. North Am. – 2004; 42 (1): 1–9.
14. Messier S. et al. Exercise and dietary weight loss in overweight and obese older adults with knee osteoarthritis // Arthritis Rheum. – 2004; 50 (5): 1501–10.
15. Ravaut P. et al. Methodological differences in clinical trials evaluating nonphar-macological and pharmacological treatments of hip and knee osteoarthritis // JAMA. – 2003; 62–70.
16. Sawitzke A. et al. The effect of glucosamine and or chondroitin sulfate on the progression of knee osteoarthritis // Arthritis Rheum. – 2008; 58: 3183–91.

ANTI-INFLAMMATORY THERAPY FOR OSTEOARTHRITIS: SEARCHES FOR AN OPTIMAL ROUTE

Professor A. Garkavi, MD

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)

Undesirable adverse reactions associated with therapy with nonsteroidal anti-inflammatory drugs in patients with osteoarthritis can be minimized by a combination of oral administration of the above drugs and topical Dolgit® gel applications.

Key words: therapy, osteoarthritis, acute pain, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, ibuprofen, Dolgit® gel.