

МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЕЙ В СУСТАВАХ

А.Е. Григнев

Институт терапии имени Л.Т. Малой АМН Украины, Харьков

Ключевые слова: боль в суставах, остеоартроз, артрит, нестероидные противовоспалительные препараты.

Заболевания суставов являются серьезной медико-социальной проблемой, поскольку встречаются в любом возрасте, имеют хроническое течение и часто приводят к длительной временной или стойкой потере трудоспособности. Наибольшую медико-социальную значимость имеет поражение крупных суставов нижних конечностей в связи со значительными функциональными нарушениями.

В последние годы отмечается рост частоты поражения суставов у трудоспособной части населения — например, нетрудоспособность из-за остеоартроза увеличилась в 3—5 раз [7, 8].

Причиной поражения суставов может быть как самостоятельное заболевание, так и проявление какой-либо другой патологии — нарушение обмена веществ, эндокринные расстройства (ожирение, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, в климактерический период у женщин), нарушения кровообращения в конечностях (варикозная болезнь вен, атеросклероз), травмы [10, 12, 15].

Все болезни суставов можно разделить на две основные группы: дистрофические и воспалительные.

Дистрофические поражения суставов (остеоартрозы) — гетерогенная группа заболеваний различной этиологии со сходными биологическими, морфологическими и клиническими проявлениями и исходом, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава, в первую очередь хряща, а также субхондрального участка кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, периартикулярных мышц. Эти изменения происходят постепенно в результате травмирования хряща, которое при нагрузке превышает скорость репарации [8, 10, 12, 15]. Появляется все больше данных о немаловажной роли воспаления в патогенезе остеоартроза, и именно поэтому в зарубежной литературе и по международной классификации заболевание называют остеоартритом [7, 8].

Остеоартрозы — самая распространенная патология суставов. Она встречается у около 80% пациентов с заболеваниями суставов [7, 8, 12].

Никакая иная патология не затрудняет так ходьбу, подъем по лестнице и другие движения нижних конечностей, как остеоартроз. Пациенты с ос-

теоартрозами тратят больше времени и сил на выполнение своих ежедневных обязанностей, в связи с чем у них остается меньше времени на отдых. Они очень зависимы от своих родственников и близких, им требуется больше затрат на медицинскую помощь, чем людям того же пола и возраста из общей популяции [8, 12, 15].

Воспалительные болезни (артриты) — острое или хроническое воспаление суставов аутоиммунного, инфекционно-аллергического, инфекционного генеза или, как следствие, нарушения обмена веществ (как правило, с образованием кристаллов солей в полости суставов и околоуставных тканях и последующим их воспалением). Помимо воспаления непосредственно сустава, воспалительный процесс может затрагивать и околоуставные ткани, вызывая периартрит, бурсит, тендинит [2, 10].

Существует более 100 разновидностей артритов, включая такие, как ревматоидный артрит, инфекционный артрит, реактивный артрит, артрит при системной красной волчанке, ревматизме, подагре, псориазе, болезни Бехтерева.

При артрите наиболее часто поражаются из крупных суставов — коленные и тазобедренные, из мелких — суставы кистей.

Как воспалительные, так и дистрофические поражения суставов проявляются множеством разнообразных синдромов и симптомов, специфичных для конкретного заболевания. Однако наиболее частым и характерным для всех является болевой синдром, который и заставляет обратиться пациента за врачебной помощью. Интенсивность боли может быть различной — от резко выраженной, ограничивающей подвижность сустава, до умеренной, возникающей лишь при определенных движениях. Причиной сильной боли, как правило, является воспаление сустава (так называемый синовиит) или окружающих тканей (мышц, сухожилий, сумок). При воспалении боль достаточно выражена и усиливается при любых движениях. Без воспаления (в начальных стадиях артроза) болевой синдром незначителен и возникает только при выраженных нагрузках на сустав [2, 10, 12, 14, 15].

Лечение суставной патологии должно быть направлено на уменьшение проявлений заболевания

(в первую очередь болевого синдрома), на восстановление обмена веществ в суставном хряще и максимальное сохранение функции пораженных суставов (то есть предотвращение дальнейшего разрушения хряща) и/или лечение заболевания, вызвавшего артрит [1, 5, 17].

Как правило, для лечения больных с заболеваниями суставов сочетают фармакологические и нефармакологические методы.

Фармакологическое лечение имеет свои «специфические» для конкретного заболевания суставов особенности и рекомендации. Например, в качестве базисной терапии ревматоидного артрита используют: соли золота, антималярийные средства, сульфасалазин, цитостатики и D-пеницилламин. При подагрическом артрите и подагре применяют препараты, увеличивающие экскрецию мочевой кислоты из организма, подавляющие синтез мочевой кислоты и ограничивающие поступление экзогенных пуринов с пищей. В схеме для остеоартритов и остеоартрозов, рекомендованной Европейской антиревматической лигой (EULAR) и Ассоциацией ревматологов Украины (2003), используют хондропротекторную, противовоспалительную и анальгетическую терапию [1, 9, 17].

Однако «специфическая» терапия как правило дает эффект через недели или даже месяцы. Вместе с тем пациент нуждается в облегчении страданий до наступления ее «специфического» эффекта. Для этого использовать можно анальгетики и противовоспалительные средства, а также местное воздействие на суставы.

Выбор терапии зависит от ведущего механизма боли. Так, при боли, возникшей на фоне воспалительного процесса, препаратами выбора будут противовоспалительные средства — купирование воспаления в суставе и окружающих тканях приводит к значительному уменьшению или исчезновению болевого синдрома, исчезновению ночной боли, улучшению подвижности сустава. При далеко зашедших стадиях артритов и артрозов, когда болевой синдром, в основном, обусловлен давлением на обнаженную кость или наличием остеофитов, лучше прибегнуть к анальгетическим препаратам (парацетамол, трамадол) [14].

Для лечения воспаления, в том числе и суставов, в медицинской практике широко используют нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Все они имеют общий механизм действия — подавление активности фермента циклооксигеназы (ЦОГ), конвертирующего арахидоновую кислоту в простагландины [6].

По современной классификации НПВП разделены на четыре группы [3]:

1. Неселективные ингибиторы ЦОГ (большинство «стандартных» НПВП).
2. Преимущественно селективные ингибиторы ЦОГ-2 (мелоксикам, нимесулид).
3. Селективные ингибиторы ЦОГ-1 (ацетилсалициловая кислота в низких дозах).
4. Специфические (высокоселективные) ингибиторы ЦОГ-2 (целекоксиб, рофекоксиб).

При выборе НПВП следует учитывать факторы риска побочных реакций (пожилой возраст, язвенный анамнез, сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, прием непрямых антикоагулянтов и ацетилсалициловой кислоты), селективность препаратов в отношении ЦОГ-2, совместимость с другими лекарственными средствами и возможное негативное влияние на хрящ [13, 16].

Единого мнения о лечебном воздействии НПВП на гиалиновый хрящ нет. В исследованиях *in vitro* индометацин и натрия салицилат подавляют синтез компонентов матрикса хряща, а мелоксикам и нимесулид его повышают и предотвращают апоптоз хондроцитов. Однако в клинических исследованиях отрицательное влияние на течение остеоартроза подтверждено только для индометацина, в связи с чем он не показан для терапии данной категории пациентов. Наибольшими негативными свойствами из стандартных НПВП обладает пироксикам, кеторолак, триметамин, поэтому их не рекомендовано применять при наличии хотя бы одного из перечисленных факторов риска [4].

НПВП можно назначать парентерально, перорально, перректально и трансдермально (местное применение). Наиболее целесообразно сочетать прием НПВП перорально или внутримышечно и средств для местной терапии в виде мазей, гелей, кремов.

На сегодняшний день имеется большой выбор мазей, гелей, кремов, содержащих нестероидные противовоспалительные препараты и их комбинации с препаратами других групп, которые при местном применении устраняют боль в пораженном суставе, уменьшают отек и эритему, способствуют уменьшению утренней скованности и увеличению объема движений [5].

Доказана эффективность и безопасность трансдермальных форм НПВП в лечении артритов и артрозов коленных (уровень доказательств А) и других суставов, включая суставы позвоночника. Также их рассматривают как способ лечения гонартроза у лиц, имеющих противопоказания к пероральному/парентеральному приему НПВП или не желающих принимать данные препараты. Вместе с тем следует отметить, что данную группу препаратов не применяют для местной терапии тазобедренных суставов из-за маловероятной эффективности вследствие глубины их расположения [5].

Местное применение НПВП, помимо артрозов, также показано при синовитах, тендинитах, тендовагинитах, бурситах, остеохондрозе, растяжениях мышц и сухожилий, закрытых травмах мягких тканей опорно-двигательного аппарата, невралгиях, миалгиях.

Наиболее часто в качестве местной терапии при болях в суставах применяют: «Бутадионовая мазь», «Финалгель» (пироксикам), «Фастум гель» и «Кетонал» (кетопрофен), «Метиндол» (индометацин), «Нифлурил крем» (кислота нифлумовая), «Денебол гель» (рофекоксиб), «Вольтарен эмульгель» и «Диклоран плюс» (диклофенак), «Дикло-

ран гель» и «Диклак гель» (диклофенак), «Дип Рилиф» и «Долгит крем» (ибупрофен).

Длительность локальной терапии должна быть не менее 2—3 нед при 3—4-кратном суточном нанесении оптимального количества препарата на область больного сустава [5].

Основной побочный эффект местных НПВП — раздражение кожи. В редких случаях отмечается зуд, очень редко — дерматит. Они вызывают больше кожных реакций, чем пероральные формы, однако эти явления не опасны и редко приводят к отмене препарата. Системные побочные эффекты встречаются при использовании местных НПВП с такой же частотой, как при применении плацебо, но не описано поражений желудочно-кишечного тракта и почек. Следует помнить, что местные НПВП нельзя наносить на поврежденную кожу, слизистые и использовать в случае повышенной чувствительности к компонентам препарата [5].

В качестве местной терапии боли в суставах назначают внутрисуставное или периартикулярное введение глюкокортикостероидов. Это достаточно эффективная форма терапии, и многие пациенты испытывают значительное улучшение уже после первой инъекции. Но следует помнить, что такая процедура не лечит артроз, а позволяет купировать воспаление, а при частом и необоснованном назначении даже вредна для сустава [17].

Мнение относительно мазевых форм, содержащих хондроинтинсульфат, противоречивы, так как трансдермальное прохождение хондропротероов не доказано. Возможно, их эффект связан с дополнительными компонентами (мята перечная, камфора) препарата.

Также для местной терапии болей в суставах применяют и ряд других локальных методов воздействия на пораженные суставы:

- аппликации с димексидом (диметилсульфоксидом) на область больных суставов обладают хорошим противовоспалительным эффектом. В раствор димексида можно добавить новокаин, анальгин, гидрокортизон. Курс составляет 20—30 процедур. Положительный эффект отмечается у 80% больных;

- аппликации средств, содержащих капсаицин (экстракт красного перца). Капсаицин обратимо снижает чувствительность ноцицептивных С-волокон, воздействуя на ванилоидные рецепторы типа 1-VR-1. Доказано, что капсаицин является эффективным средством для уменьшения боли и улучшения функции суставов при остеоартритах и артрозах, хорошо переносится и имеет высокий профиль безопасности. Препараты данной группы не показаны для лечения поражений тазобедренных суставов [11];

- местную криотерапию применяют для лечения острого и хронического ревматоидного артрита. Она практически безвредна и не имеет противопоказаний, но к сожалению, дорогостоящая. Улучшение после криотерапии отмечается у 60—70% больных ревматоидным артритом;

- фонофорез гидрокортизона или анальгина, электрофорез, новокаина, салицилатов, гепарина;
- грязевые, парафиновые, озокеритовые и медные аппликации;

- радиоактивные и сероводородные ванны применяются вне периода обострения и имеют достаточно выраженный положительный эффект у большинства больных.

Как видно, существует достаточно большое количество препаратов и методов для местного применения, в том числе и средств, содержащих различные НПВП. Однако хотелось бы отдельно остановиться на препаратах «Дип Рилиф» и «Дип Хит».

Гель «Дип Рилиф» — комбинированный препарат для местного применения, содержащий ибупрофен и ментол. Одним из основных преимуществ препарата является поликомпонентность, благодаря которой он оказывает «двойной» обезболивающий эффект: ментол оказывает местнораздражающее (и соответственно — обезболивающее), а ибупрофен — длительное обезболивающее и противовоспалительное действие. Благодаря уникальной гелиевой системе с трансдермальным проводником ибупрофен в достаточно высоких концентрациях проникает к очагу боли, что обуславливает быстроту наступления обезболивающего эффекта и его достаточно длительную продолжительность. Особенно эффективен препарат при остром болевом синдроме. Показаниями для применения препарата «Дип Рилиф» являются острые боли в спине, суставные боли различного происхождения, миалгии, растяжения связок, спортивные травмы. Другим неоспоримым преимуществом препарата является его безопасность, так как ибупрофен имеет лучшие показатели профиля безопасности среди НПВП. Случаи интоксикации при применении «Дип Рилифа» не описаны, а побочное действие проявляется редко и, как правило, ограничивается зудом и покраснением кожи в месте нанесения препарата. Противопоказания к назначению «Дип Рилифа» немногочисленны и аналогичны противопоказаниям для других препаратов на основе НПВП: повышенная чувствительность к компонентам препарата, аспиринная бронхиальная астма, беременность и кормление грудью, возраст до 14 лет, а также повреждения кожи, на которую будет наноситься гель. Все вышперечисленные положительные стороны препарата «Дип Рилиф» подтверждают его безупречное английское качество. При этом препарат доступен для широких масс населения и имеет достаточно низкую стоимость в аптечной сети.

Заслуживает внимания другой комбинированный препарат — крем «Дип Хит». В состав крема входит уникальная комбинация метилсалицилата, ментола, масла эвкалиптового и масла терпентинного. Препарат оказывает противовоспалительное, анальгезирующее и сосудорасширяющее действие, а также имеет выраженный «согревающий» эффект. Сосудорасширяющие свойства препарата

способствуют улучшению микроциркуляции в очаге поражения и быстрому выведению молочной кислоты и продуктов распада, что усиливает анальгезирующий и противовоспалительный эффекты препарата. Крем «Дип Хит» применяется для терапии хронических болей в спине, суставах, мышцах, а также при посттравматических артралгиях и миалгиях. Наряду с высокими лечебными свойствами крем «Дип Хит» имеет и благоприятные фармакоэкономические показатели. Благода-

ря безупречному английскому качеству препарат обеспечивает безопасную, эффективную и доступную терапию хронического болевого суставного синдрома.

Таким образом, на сегодняшний день местная терапия болей в суставах является широкодоступным и достаточно безопасным компонентом лечения и рассматривается как полезное дополнение к «специфической» патогенетической терапии заболеваний суставов.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Алексеева Л.И. Современные подходы к лечению остеоартроза // РМЖ.— 2003.— № 11.— С. 201—205.
2. Насонов Е.Л. Противовоспалительная терапия ревматических болезней.— М.: М-Сити, 1996.
3. Насонова В.А. Клиническая оценка нестероидных противовоспалительных препаратов в конце XX века // РМЖ.— 2000.— № 8 (17).— С. 714—717.
4. Насонов Е.Л., Насонова В.А. Фармакотерапия боли: взгляд ревматолога // Consilium medicum.— № 2 (12).— С. 509—514.
5. Чичасова Н.В. Локальная терапия хронических заболеваний опорно-двигательного аппарата // РМЖ.— 2001.— № 9.— С. 286—288.
6. Brooks P., Emery P., Evans J.F. et al. Interpreting the clinical significance of the differential inhibition of cyclooxygenase-1 and cyclooxygenase-2. // Rheumatology.— 1999.— 38 (8).— P. 779—788.
7. Creamer P., Hochberg M. Osteoarthritis // Lancet.— 1997.— 350.— P. 503—510.
8. Felson D.T., Lawrence R.C., Dieppe P.A. et al. Osteoarthritis: new insights. Part 1: The disease and its risk factors // Ann. Intern. Med.— 2000.— 133, N 8.— P. 635—646.
9. Jarden K.M., Arden N.K., Bonnwart B. et al. EULAR recommendations 2003: an evidence based approach to the report of Task force of the standing Committee for International Clinical Studies including therapeutic trials // Ann. Rheum. Dis.— 2003.— 51.— P. 1—13.
10. Lawrence R.C., Helmick C.G., Arnett F.C. et al. Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States // Arthritis Rheum.— 1998.— 41.— № 5.— P. 778—799.
11. Long L., Soeken K., Ernst E. Herbal medicines for the treatment of osteoarthritis: a systematic review // Rheumatol.— 2001.— 40.— P. 779—793.
12. Pinkus T. Clinical evidence for osteoarthritis as an inflammatory disease // Curr. Rheum. Rep.— 2001.— 3.— P. 524—534.
13. Richy F., Bruere O., Ethgen O. et al. Time dependent risk of gastrointestinal complications induced by non-steroidal anti-inflammatory drug use: a consensus statement using a metaanalytic approach // Ann. Rheum. Dis.— 2004.— 64.— P. 759—766.
14. Ruoff G. Management of pain in patients with multiple health problems: a guide for the practicing physician // Am. J. Med.— 1998.— 105 (1B).— P. 53S—60S.
15. Scott D., Smith C., Lohmander S., Chard J. Osteoarthritis // Clin. Evid.— 2004.— 12.— P. 1700—1708.
16. Singh G., Diadhopoulous G. Epidemiology of NSAID'S-induced gastroduodenal complication // J. Rheumatol.— 1999.— 26 (Suppl.).— P. 18—24.
17. Towheed T.E. Current status of glucosamine therapy in osteoarthritis // Arthritis Rheum.— 2003.— 49 (4).— P. 601—604.

МІСЦЕВА ТЕРАПІЯ БОЛЮ У СУГЛОБАХ

О.С. Гріднєв

У статті розглянуто питання лікування больового синдрому при захворюваннях суглобів різної етіології. Окремо описано місцеву терапію болю у суглобах.

LOCAL THERAPY OF JOINT PAIN

A.E. Gridnev

In the article issues of the pain syndrome treatment in the different etiological joints diseases have been discussed. The great attention was paid to the local therapy of the pain in joints.