

БОЛЬ В СПИНЕ – ОПТИМИЗАЦИЯ ЛОКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГЕЛЯ ДВОЙНОГО ДЕЙСТВИЯ ДИП РИЛИФ

Н.А. Шостак, Д.А. Шеметов, А.А. Клименко

Н.М. Бабадаева, Н.Г. Правдюк

Кафедра факультетской терапии им. акад. А.И. Нестерова

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава

В практике терапевта больные с заболеваниями опорно-двигательного аппарата встречаются часто. По данным ВОЗ, свыше 4% населения земного шара страдают различными заболеваниями суставов и позвоночника. Более чем в 30% случаев временная нетрудоспособность и в 10% инвалидизация больных связаны с ревматическими заболеваниями (РЗ). Высокая инвалидизация лиц трудоспособного возраста вследствие поражений опорно-двигательного аппарата возводят проблему лечения боли в спине (БС) в ранг актуальной.

Под термином "дорсопатии" в настоящее время подразумевают болевые синдромы в области спины невисцеральной этиологии, связанные с дегенеративными заболеваниями позвоночника.

Выделяют 4 основных вида дорсопатии: 1) деформирующие дорсопатии, связанные с деформациями позвоночника (кифозом, сколиозом, остеохондрозом), 2) спондилопатии, связанные с развитием артроза межпозвонковых суставов, 3) дорсопатии, вызванные дегенерацией межпозвонковых дисков, 4) дорсалгия, т.е. боль в спине (БС), которая может локализоваться в шейном, грудном, поясничном отделах позвоночника.

Важнейшей разновидностью дорсопатий является дорсалгия – боль в спине, которая, по определению экспертов ВОЗ, в конце 20 века приобрела характер неинфекционной эпидемии, поскольку ею страдают в течение жизни около 80% населения.

Дорсалгия – болевой синдром в спине, обусловленный дистрофическими и функциональными изменениями в тканях опорно-двигательного аппарата (дугоотростчатых суставах, межпозвонковом диске, фасциях, мышцах, сухожилиях, связках) с возможным вовлечением смежных структур (корешков, нервов). Среди всех видов дорсалгий на долю люмбагии приходится около 70% случаев. Известно, что основой люмбагии чаще всего является спондилез позвоночника в сочетании с мышечно-связочными нарушениями. Клинически заболевание может протекать остро (до 3-х нед) или

хронически (более 12-ти нед в году либо до 25-ти эпизодов БС, перенесённых ранее). Провоцирующими факторами острого течения люмбагии могут быть травма, подъём непосильного груза, неподготовленные движения, длительное пребывание в нефизиологической позе, переохлаждение.

Выделяют четыре вида БС: локальные, проекционные, радикулярные (корешковые) и боли, возникающие вследствие мышечного спазма. Наиболее часто в практике интерниста встречаются сочетанные формы болевых синдромов, в частности, люмбаишиалгия, которая имеет три формы: мышечно-тоническую в виде синдромов грушевидной мышцы, икроножной мышцы, ягодичных мышц, нейродистрофическую и нейрососудистую.

Таким образом, в основе дорсалгии, как правило, лежат:

1. поражение позвоночника (спондилез, спондилоартроз, дисфункция мышечно-связочного аппарата спины, грыжи диска),

2. спазм и растяжение мышц и/или связок.

Основные звенья патогенеза болевых синдромов в области позвоночника:

1. раздражение ноцицепторов (болевых рецепторов), расположенных в капсулах суставов, связок, мышцах позвоночника, в перисте позвонков, в наружной трети фиброзного кольца межпозвонкового диска

2. второй механизм связан с развитием неврогенного асептического воспаления

3. мышечный спазм возникает в результате накопления метаболитов, в частности, молочной кислоты, выделяемой сокращённой мышцей (в нормальных условиях эти метаболиты вымываются кровью, но при продолжающемся мышечном спазме местный кровоток нарушается, и накопленные метаболиты активируют болевые рецепторы).

Именно эти механизмы определяют тактику ведения больных с дорсалгией, обосновывая необходимость комплексного подхода к лечению БС. Лечение БС проводится с учётом формы заболевания и варианта его течения и включает следующие мероприятия, рекомендованные экспертами ВОЗ с дополнениями:

1. устранение причины
2. отдых в течение нескольких дней (от 2 до 5)

3. нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)
4. миорелаксанты
5. локальная терапия: инъекции (анестетики, глюкокортикоиды), мази, акупунктура
6. мануальная терапия
7. тракция (с позиции доказательной медицины нет данных о ее безусловной эффективности)
8. чрескожная электро-нейростимуляция
9. физические упражнения
10. хирургическая декомпрессия и стабилизация
11. физиотерапия
12. обучающие программы для работы с пациентами
13. психологическая коррекция.

Лечение болевого синдрома при дорсопатии, осложненной дорсалгией, как правило, начинается с назначения НПВП. Однако в связи с многокомпонентностью механизмов болевого синдрома при РЗ и, в частности, при дорсопатиях, в настоящее время представляется целесообразным использование комбинированных препаратов.

К одной из попыток усилить эффективность применяемых в ревматологии лекарственных средств, в частности, их анальгетический эффект можно отнести создание и применение комбинированных препаратов, включающих вещества с разными механизмами действия. Как правило, комбинированные препараты назначаются при обострениях заболевания, усилении воспалительной активности и болей.

Одним из важных компонентов лечения БС является использование локальной терапии, поэтому в последние годы разработаны специальные требования для локально применяемых препаратов:

- Препарат должен быть высоко эффективен при лечении данной патологии, то есть обладать анальгетическим действием
- Не должен вызывать местных токсических и аллергических реакций
- Должен обладать способностью проникать через кожу, достигая ткани — мишени
- Концентрация препарата в сыворотке крови не должна достигать уровня, приводящего к зависимым от дозы побочным эффектам
- Метаболизм и выведение препарата должны быть такими же, как при системном применении.

"Золотым стандартом" противовоспалительной терапии при дорсопатии, как указано выше, являются НПВП, назначаемые с первого дня заболевания. Поэтому наиболее часто в качестве местной терапии при дорсалгиях различного генеза используются мази, кремы или гели, содержащие НПВП.

Кроме наиболее часто используемого диклофенака, в России зарегистрированы локальные препараты на основе ибупрофена (Дип Рилиф, Долгит-крем), кетопрофена (кетонал-крем, Фастум-гель), индометацина, бутадиона, пироксикама (Финал-

гель и пироксикам-гель). При назначении того или иного препарата необходимо учитывать концентрацию действующего вещества. Большинство известных препаратов содержит НПВП в концентрации 1%. Исключение составляют Фастум-гель и Флексен-гель (2,5%), кетонал-крем (5%), бутадионовая мазь (5%), Дип Рилиф (5%), Долгит-крем (5%) и ибупрофен-гель (10%). Необходимо подобрать оптимальную терапевтическую дозу, обеспечивающую анальгетический и противовоспалительный эффект. Низкая концентрация действующего вещества, слабое накопление в зоне воспаления диктуют необходимость многократного нанесения мази или геля на пораженный участок в течение суток.

Клинические исследования последних лет показали, что минимальным является 4-кратное нанесение локального средства за сутки. При активном воспалении с максимально выраженными болями нанесение препарата следует увеличить до 6 раз/сут. Количество наносимого препарата зависит как от величины сустава, так и от количества пораженных суставов: так, поражение крупных суставов (коленных или плечевых) с умеренным болевым синдромом требует нанесения мази или геля в виде полоски до 10 см, тогда как поражение средних суставов (голеностопных, лучезапястных и локтевых) — до 5 см. Средство для местного лечения наносится на область мелких суставов кистей и стоп общим количеством до 2-3 см.

Существует несколько разновидностей локальной терапии, которые могут назначаться в зависимости от выраженности болевого синдрома и основного механизма его возникновения (табл. 1).

Наиболее удачной формой для локальной тера-

Таблица 1

КЛАССИФИКАЦИЯ ПРЕПАРАТОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ДЛЯ ЛОКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Нестероидные противовоспалительные препараты	Раздражающие, отвлекающие и разогревающие средства	Диметилсульфоксид (димексид, ДМСО)
- Подавляют активный воспалительный процесс - Обезболивающее действие - Жаропонижающее действие	- Усиление внутрикожного кровотока, усиление обмена веществ - Спазмолитический эффект - Болеутоляющий эффект - Повышение температуры кожи на 5-8° С - Повышение эластичности мышц и связок	- Проводит другие лекарственные вещества через кожу к месту воспаления - Противовоспалительное действие

пии является гель, в составе которого спирт в качестве растворителя обеспечивает быстрое поступление действующего вещества в поверхностно расположенные структуры сустава. Поэтому применение геля является более оправданным по сравнению с

мазями или кремами и более экономичным. Эффективными препаратами признаны мази и гели, содержащие ибупрофен, кетопрофен и пироксикам.

"Дип Рилиф" — двухкомпонентный гель для наружного применения на основе 5,0 % ибупрофена и 3,0 % ментола природного происхождения, в котором анальгетический и противовоспалительный эффекты ибупрофена дополняются и усиливаются терапевтическими свойствами левоментола (оптического изомера ментола) за счет рефлекторной реакции, связанной с раздражением нервных окончаний кожи, стимуляцией ноцицепторов. Благодаря компонентам основы геля, молекулы ибупрофена в связанном состоянии проникают сквозь поверхностный слой кожи. Ментол обуславливает освобождение сосудорасширяющих пептидов, что приводит к дополнительным отвлекающему и обезболивающему эффектам, вызывая ощущение легкой прохлады.

В настоящее время показана высокая эффективность и безопасность противовоспалительного геля "Дип Рилиф" в качестве локальной терапии остеоартроза (ОА) у больных пожилого возраста, а также ревматоидного артрита (РА), серонегативных спондилоартропатий в результате проведенных клинических исследований на базе кафедры госпитальной терапии и профпатологии №1 Днепропетровской государственной медицинской терапии.

На кафедре факультетской терапии им. акад. А.И. Нестерова проведено открытое клиническое исследование эффективности и переносимости геля двойного действия Дип Рилиф (ибупрофен+левоментол) в сравнении с препаратом Долгит-крем (ибупрофен) у больных с острой или с обострением хронической первичной боли в спине различного генеза.

Под наблюдением находились 58 пациентов в возрасте от 16 лет до 81 года (средний — 44,8 лет) с первичным синдромом БНС (табл. 2). Были выделены 2 группы больных: в 1 включены 38 чел., использовавших местно препарат Дип Рилиф (средний возраст — 43,7 лет); 2 группу составили 20 чел., использовавших локально препарат Долгит (средний возраст — 45,9 лет). Дип Рилиф, как и Долгит, назначался по 4 см геля на болезненную область 3 раза/сут. Период лечения исследуемым препаратом и препаратом сравнения составил 14 дней.

Острая дорсалгия выявлена у 8 (21%) чел. 1 группы и у 5 (25%) чел 2 группы, обострение хронической — у 30 (79%) и у 15 (75%) чел. соответственно.

Эффективность препаратов оценивалась по снижению выраженности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в мм, индекса хронической нетрудоспособности по Вадделю в баллах, а переносимость — по частоте развития побочных реакций. Боль в спине по ВАШ, как и индекс хронической нетрудоспособности, оценива-

Таблица 2
ПРИЧИНЫ ДОРСАЛГИИ СРЕДИ ОБСЛЕДОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Причины	Количество больных, чел.	
	1 группа (n=38)	2 группа (n=20)
Цервикалгия острого течения	4 (10,5%)	2 (10%)
Торакалгия острого течения	4 (10,5%)	3 (15%)
Спондилоартроз, хроническая люмбагия, обострение	14 (36,8%)	8 (40%)
Остеохондроз шейного отдела позвоночника на уровне, цервикалгия хронического течения, обострение	14 (36,8%)	6 (30%)
Остеохондроз поясничного отдела позвоночника, люмбагия хронического течения, обострение	2 (5,4%)	1 (5%)

лись пациентом дважды: до назначения исследуемого препарата и после окончания периода лечения.

В результате проведенного лечения среднее значение болевого синдрома по ВАШ снизилось с 56,5 мм до 17,27 мм, а индекса хронической нетрудоспособности по Вадделю — с 4,37 до 1,67 баллов в 1 группе.

Во 2 группе средний показатель боли в спине при первичной оценке составлял 60,1 мм, после лечения — 27,7 мм, а индекс хронической нетрудоспособности в динамике уменьшился с 4,4 до 2,0 баллов.

Проводилась оценка эффективности лечения пациентом и врачом. В 1 группе при оценке эффективности значительное улучшение отметили 14 (36,8%) пациентов, улучшение состояния — 21 (55,3%), отсутствие эффекта от проводимого лечения отметили 3 (7,9%) чел. Во 2 группе значительное улучшение состояния отметили 5 (25%) чел., улучшение состояния — 13 (65%) , отсутствие эффекта от лечения — 2 (10%) больных.

По окончании исследования отличную переносимость отметили 13 (34,2%) больных, использовавших Дип Рилиф, и 4 (20%) больных, применявших Долгит. Хорошая переносимость была отмечена у 21 (55, 2%) больного из 1 группы и у 10 (50%) больных 2 группы, удовлетворительно переносили препарат Дип Рилиф 2 (5,3%) пациентов и Долгит-крем — 4 (20%) больных.

Побочные явления наблюдались у 5 больных 1 группы, что составило 13,2%: у 4 был отмечен аллергический дерматит в виде эритематозных и эритематозно-папулезных высыпаний, 1 пациент отмечал выраженное жжение в области нанесения геля. Среди больных 2 группы местную реакцию в ви-

де жжения или зуда в области нанесения препарата отмечали по 1 больному.

В результате проведенного исследования отмечена эффективность геля Дип Рилиф в 92,1% случаев по оценке пациентами, что сравнимо с эффектом крема Долгит (улучшение в 90% случаев). Следует отметить, что, хотя эффективность двух сравниваемых препаратов сопоставима, однако время наступления положительного эффекта было значительно короче в группе больных, использовавших Дип Рилиф, чему, вероятно, способствовал двойной механизм действия геля. Несмотря на то, что у 13,2% больных, использовавших препарат Дип Ри-

лиф, и у 10% больных, применявших Долгит, наблюдались побочные явления, хорошая переносимость была отмечена у 34 (89,5%) пациентов 1 группы и у 14 (70%) больных 2 группы.

Заключение. Таким образом, в арсенале врачей разных специальностей (терапевтов, травматологов, ревматологов, неврологов) появился относительно новый препарат Дип Рилиф для локальной терапии болевых синдромов, являющийся гелем двойного действия, показавший хороший эффект при БС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации для практических врачей, основанные на доказательной медицине. Изд. дом "ГЭОТАР-МЕД", 2001, 606-611.
2. Ульрих Э.В., Мушкин А.Ю. Вертебрология в терминах, цифрах, рисунках. Санкт-Петербург, "ЭЛБИ-СПб", 2002, 187 с.
3. Denis F. The three column spine and its significance in the classification of acute thoracolumbar spinal injuries. Spine, 1983, 8, 817-831.
4. Essen S.I. Textbook of spinal disorders. J.B. Lippincott Comp. Phil., 1995.
5. Victor M., Ropper A.H. Adams and Victor's principles of Neurology. New York. 2001.
6. Waddel G. The back pain revolution. Churchill Livingstone, 1998.
7. WHO. Department of noncommunicable disease management. Low back pain initiative. Geneva. 1999.

Поступила 20.03.06