

РАСШИРЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К ЛОКАЛЬНОМУ ПРИМЕНЕНИЮ КРЕМА “ДОЛГИТ” ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ

Д.В. Камзеев, В.Ф. Богоявленский, Р.М. Газизов, **В.П. Веселовский**

*Кафедра нервных болезней (зав. — проф. В.П. Веселовский),
кафедра терапии и семейной медицины (зав. — доц. Р.М. Газизов)
Казанской государственной медицинской академии последипломного образования*

Для облегчения болевого (алгического) синдрома широко применяются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Однако их пероральное применение ограничено из-за развития лекарственно-индуцированных гастропатий, в том числе желудочных кровотечений, перфораций язвы желудка или кишечника [7]. Факторами риска возникновения лекарственно-индуцированных гастропатий являются пожилой возраст, женский пол, курение, прием кортикостероидов вместе с НПВП, а также желудочно-кишечная патология (язвы, гастрит, кровотечения) в анамнезе. Особенно велик риск развития осложнения гастропатий у тех, кто страдает хроническими желудочно-кишечными заболеваниями. Основным механизмом развития гастропатий является снижение цитопротекторных свойств слизистой оболочки желудка вследствие угнетения синтеза простагландинов, обусловленного подавлением НПВП активности циклооксигеназы. Именно с простагландинами связана в основном устойчивость слизистой оболочки к повреждающему действию принятых внутрь лекарственных препаратов.

Все это значительно повышает значимость местной противовоспалительной терапии. Локальная терапия мази для уменьшения болей в мышцах и суставах применялась еще до нашей эры. Однако этот метод лечения не получил должного распространения в связи с отсутствием уверенности врачей в том, что проникший через кожу препарата достаточно для оказания лечебного эффекта. Лишь в последние годы благодаря фармакокинетическим исследованиям было установлено, что НПВП после местного применения в виде мази или геля проникают локально в очаг воспаления, в частности в околосуставные ткани и синовиальную жидкость, в терапевтических концентрациях.

Ибупрофен — производное пропионовой кислоты — один из наиболее широко применяемых и хорошо переносимых НПВП. С учетом последнего в ряде зарубежных стран ибупрофен отпускают в аптеках без рецептов в форме таблеток по 0,2 г. В то же время разовая терапевтическая доза ибупрофена достигает 0,6 г и даже 0,8 г, что не может не отразиться на состоянии слизистой желудка, поэтому возможность уменьшить принимаемые внутрь разовые и суточные дозы ибупрофена за счет комбинации с местными формами препарата позволяет снизить частоту возникновения гастропатий.

Фирма “Pro.Med.C.S.” (Прага) представила нам для изучения крем “Долгит” (немецкой фирмы “Долоргит”) — новую лекарственную форму ибупрофена (бруфена) для локальной терапии заболеваний опорно-двигательного аппарата. Долгит, в 100 г которого содержится 5 г бруфена, относится к безрецептурным медикаментам. Его

начали изучать в начале 80-х годов, и к настоящему времени препарат применяли более чем 50000 больных. Констатировано, что долгит представляет собой высокоактивное средство для наружного лечения болей ревматического и неревматического характера на уровне двигательной системы организма. Поскольку являющийся активным началом ибупрофен растворен в основе крема, он быстро всасывается кожей и таким образом быстро поступает в пораженные ткани. Крем обладает обезболивающим и противовоспалительным действиями: припухлость уменьшается, а подвижность улучшается. Долгит хорошо переносится, его легко применять и он обладает приятным запахом.

В России с 1994 г. по 1996 г. под руководством В.А. Насоновой (НИИ Ревматологии РАМН) проведено многоцентровое исследование крема долгита в 15 ревматологических центрах России у более чем 500 больных остеоартрозом и ревматоидным артритом [6, 7]. Было показано, что этот крем эффективен при остеоартрозе, дегенеративных и воспалительных заболеваниях суставов (артрозах и артритах). Высокую оценку препарату дали специалисты в области спортивной медицины 5 лечебно-оздоровительных клиник и диспансеров (в том числе клиника спортивных и балетных травм Центрального НИИ травматологии и ортопедии им. Приорова, Всероссийский НИИ физической культуры) при лечении поражений мышц, связок и суставных капсул (миалгии, бурситы, тендиты, тендовагиниты), а также при остеохондрозе с корешковым синдромом (скованности в области плеча, лямбаго), спортивных травмах (ушибы, растяжения и т.д.). Препарат оказался эффективным при лечении профессиональной патологии опорно-двигательного аппарата (апробирован в НИИ медицины труда РАМН).

При местном применении мази типа “Гепариновая” и “Бутадионовая” у больных с алгическими синдромами остеохондроза различных отделов позвоночника оказались весьма эффективными [2]. Большой практический интерес представляет возможность изучения влияния крема долгита у больных остеохондрозом позвоночника.

Под нашим наблюдением находились 89 больных с алгическими синдромами различного генеза. Из них 23 пациента страдали заболеваниями, описанными в работах сотрудников Института ревматологии. В эту группу вошли 10 женщин и 13 мужчин в возрасте от 40 до 69 лет (флеботромбоз подкожных вен передней грудной стенки диагностирован у 2, синдром передней грудной стенки — у 3, синдром Титце — у 4, плече-лопаточный периартрит — у 4, ревматоидный артрит — у 3, остеоартроз коленных суставов — у 6, остеоартроз плечевых суставов — у 2). Всем па-

циентам был местно назначен крем долгит по методике В.А. Насоновой. Эффективность лечения оценивали в баллах, выслушивали мнение больного и врача. Анализ полученных данных показал совпадение лечебных результатов с итогами наблюдений сотрудников Института ревматизма РАМН [6].

Особое внимание мы уделили группе из 57 человек (25 мужчин и 32 женщины в возрасте от 29 до 67 лет), страдавших алгическим синдромом поясничного остеохондроза. Такой подход объясняется следующими соображениями. В общей структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности одно из первых мест занимает остеохондроз позвоночника (ОХ) [4]. ОХ относится к наиболее распространенным хроническим заболеваниям. На его долю приходится более 50% всей неврологической заболеваемости с временной утратой трудоспособности [1]. В связи с этим максимальное сокращение дней временной нетрудоспособности, обусловленной поражением диска дегенеративно-дистрофического генеза, представляет собой важную социальную проблему [3].

Одним из основных проявлений ОХ является боль. Патологические импульсы из рецепторов пораженных тканей ПДС становятся источником моторных, вазомоторных и других рефлексов. Наиболее богато снабжена болевыми рецепторами задняя продольная связка [5]. Эти рецепторы являются обратной менингеальной ветвью (синувертебральный нерв Люшка). Под влиянием продолжительной импульсации ткани, особенно скудно кровоснабжаемые, претерпевают дистрофические изменения. Это касается в первую очередь связок, сухожилий и других фиброзных тканей, прикрепляющихся к костным выступам, особенно в зонах, близких к суставам [8]. Для терапии болевого синдрома, вызванного вертеброгенной патологией, также активно используются НПВП.

Данное исследование проводилось в условиях дневного стационара на базе РКВЦ. Все 57 больных были разделены на 3 группы. В 1-ю группу вошли больные (25 чел.) люмбалгией, обусловленной асептико-воспалительным вариантом ОХ, во 2-ю (19) — с люмбалгией, вызванной асептико-воспалительным и дисциркуляторным вариантом ОХ, в 3-ю — с люмбалгией мышечно-тонической формы.

Контрольную группу составили 10 больных, которых лечили традиционно, кремом они не пользовались. Кроме того, под нашим наблюдением была дополнительная группа из 9 женщин с остеохондрозом шейного и шейно-грудного отделов позвоночника. Заболевание клинически проявлялось выраженным корешковым болевым синдромом с мышечными крампи и ограничением подвижности пораженных ПДС. Крем назначали им по единой методике на область болезненных межпозвонковых суставов. Разовая доза составляла 5-сантиметровую полоску 3 раза в день с последующим легким массажем в течение нескольких минут (курс — 15 дней). Результаты оценивали по следующим критериям: 1) субъективная оценка больного; 2) уменьшение болезненности при пальпации зон пораженных ПДС, обработанных кремом (в баллах); 3) увеличение подвижности ПДС; 4) уменьшение рефлекторного напряжения паравертебральной мускулатуры в области пораженных ПДС, обработанных долгитом.

В процессе терапии больные местных ощущений не испытывали, аллергических реакций не было. Однако уже с 3—4-го дня все 57 человек отмечали субъективное уменьшение болевых ощущений, в то время как в контрольной группе на этих сроках заметного изменения в состоянии больных не происходило. Темпы улучшения в разных группах были неодинаковыми. Наибольший эффект от втирания долгита наблюдался у больных 1-й группы. Уже после первого сеанса интенсивность болей уменьшилась, особенно значительно к 5—6-му дню, а на 10-й день у 17 больных 1-й группы боли прошли полностью, и только у 8 лиц болевые ощущения сохранялись до 10—15-го дня. Одновременно увеличилась подвижность пораженных ПДС. Уменьшилось рефлекторное напряжение паравертебральных мышц. Болезненность при пальпации остистых отростков уменьшилась до одного балла.

Несколько меньший эффект был достигнут у больных 2-й группы, еще меньший — в 3-й группе.

В группе из 9 пациенток с остеохондрозом шейного и шейно-грудного отделов позвоночника с корешковым болевым синдромом применение крема долгита через 5—7 дней привело к полному исчезновению алгий и восстановлению подвижности в соответствующих ПДС.

В контрольной группе клинические симптомы ОХ были купированы на 4—5 дней позже.

ВЫВОДЫ

1. Подтверждена высокая эффективность местных аппликаций крема долгита для устранения алгического синдрома, характерного для ревматических болезней.

2. Препарат долгит при длительном применении у больных остеохондрозом не вызывает побочных эффектов.

3. Применение данного препарата наиболее эффективно в случае преобладания асептико-воспалительного варианта остеохондроза позвоночника и целесообразно при других его формах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асс Я.К. Пояснично-крестцовый радикулит (клиника и характер лечения). — М., 1971.
2. Богоявленский В.Ф., Веселовский В.П., Хафизов Р.Т., Богоявленский И.Ф. Дифференциальная диагностика вертеброгенного пекталгического синдрома. — Учебное пособие. — Казань, 1982.
3. Бротман М.К. Неврологические проявления поясничного остеохондроза. — Киев, 1975.
4. Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. — Рига, 1991.
5. Гугулашвили А.Д. Изменение задних продольных связок поясничного отдела позвоночника при их травме и остеохондрозе: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1974.
6. Насонова В.А., Муравьев Ю.В., Насонов Е.Л. и др.// Клин. ревматол. — 1995. — № 1. — С. 20—23.
7. Насонова В.А., Муравьев Ю.В., Насонов Е.Л. и др.// Тер. арх. — 1995. — № 6. — С. 48—50.
8. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы. — М., 1989.

Поступила 12.03.97.