

# НОВОЕ В ИНТРААРТИКУЛЯРНОЙ ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ

28 октября 2010 г. состоялось совещание ведущих ревматологов и травматологов стран Восточной Европы по проблеме интраартикулярной и периартикулярной терапии в современной клинической практике. Встреча экспертов проходила на тренинговой базе «Orion Corporation» в Туохиллампи (40 км от Хельсинки, Финляндия).

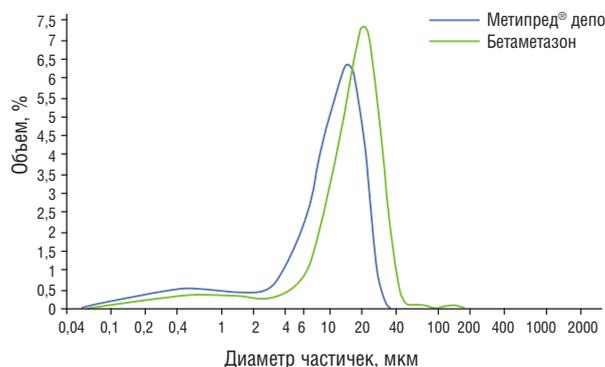
Открыл совещание глава региона СНГ компании «Orion Corporation» **Виктор Пушкарёв**, рассказав о тенденциях и прогнозах развития фармацевтической отрасли на территории стран СНГ. Профессор **Илари Пааккари** (Ilari Paakkari), Хельсинкский университет, остановился на особенностях лечения суставов нестероидными противовоспалительными препаратами. Доктор **Кари Экланд** (Kari Eklund), Ревматологический центр г. Хельсинки, сообщил, в частности, об исследовании, цель которого — сравнить эффективность лечения ревматоидного артрита врачами разных специальностей. Максимальное улучшение состояния пациентов за период госпитализации наблюдалось в отделении ревматологии, что, по мнению К. Экланда, обусловлено включением в комплекс терапии интраартикулярных введенных глюкокортикоидов (ГК).

**Олег Борткевич**, профессор, главный внештатный ревматолог Минздрава Украины, ведущий научный сотрудник отдела некоронарогенных болезней сердца и клинической ревматологии ННЦ «Институт кардиологии им. М.Д. Стражеско» НАМН Украины, осветил проблемы интраартикулярной терапии ГК, в частности в отношении выбора оптимального препарата. Он указал, что метилпреднизолон имеет низкую минералокортикоидную активность и оказывает менее выраженное катаболическое действие, чем многие другие ГК. Кроме этого, метилпреднизолон обуславливает сбалансированный геномный и негеномный эффект, с одновременным иммуномодулирующим влиянием [1, 2].

Были представлены результаты исследования, проведенного в лаборатории «Orion Corporation», в котором тремя методами сравнивали размеры частиц в двух лекарственных средствах: Метипред<sup>®</sup> депо (40 мг метилпреднизолон ацетата) и препарат бетаметазона (6,43 мг бетаметазона дипропионата, 2,63 мг бетаметазона натрия фосфата) [3]. Так, методами электронной, оптической микроскопии и лазерной дифракции выявлены более мелкие размеры частиц действующего вещества препарата Метипред<sup>®</sup> депо<sup>1</sup> (рисунок). Кроме этого, О. Борткевич остановился на современных принципах локальной терапии ревматологических заболеваний [4].

**Антон Хапилин**, кандидат медицинских наук, ординатор Федеративного государственного учреждения «Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова Министерства Здравоохранения и социального развития Российской Федерации», председатель общества артроскопистов Российской Федерации, рассказал о современных аспектах терапии

<sup>1</sup> Данное исследование проводилось на образцах препаратов Метипред<sup>®</sup> депо и Дипроспан, приобретенных в аптеках Украины.



**Рисунок.** Объем (% от общего), занимаемый частицами действующих веществ разного диаметра (мкм) препаратов Метипред<sup>®</sup> депо (40 мг метилпреднизолон ацетата) и бетаметазон (6,43 мг бетаметазона дипропионата, 2,63 мг бетаметазона натрия фосфата) остеоартроза препаратами гиалуроната натрия, а профессор **Александр Кравцов**, доктор медицинских наук, заведующий отделением травматологии медико-санитарной части № 122 г. Санкт-Петербурга, провел сравнительный анализ терапии низко- и высокомолекулярными препаратами гиалуроновой кислоты.

Особый интерес вызывают данные исследования по размерам частиц в препаратах ГК, поскольку существует мнение (достоверная доказательная база отсутствует), что развитие микрокристаллического воспаления после внутрисуставного введения зависит от концентрации и размера кристаллов [5, 6]. Как позитивную особенность рассматривают малый размер и низкую концентрацию частиц действующего вещества в препарате [5]. Можно предположить, что такой параметр профиля безопасности в отношении риска развития микрокристаллического воспаления, как размер частиц действующего вещества, у препарата Метипред<sup>®</sup> депо более благоприятный по сравнению с указанным препаратом бетаметазона.

1. **Goulding N.J., Flower R.J.** (2001) Glucocorticoids. Birkhäuser, p. 205.
2. **Kino T., Charmandari E., Chrousos G.P.** (2004) Glucocorticoid action: basic and clinical implications. New York Academy of Sciences, p. 221.
3. **Investigation report (2010) Orion Corporation, Orion Pharma, Analytical Development Group.** JHP, 24.09.2010.
4. **Совместные рекомендации** Ассоциации ревматологов Украины и ассоциации ортопедов – травматологов Украины по применению глюкокортикоидов для локальной терапии ревматологических заболеваний. 14.11.2008.
5. **Яременко О.Б.** (2010) Внутрисуставное введение глюкокортикоидов: от эмпирической терапии к стандартам доказательной медицины, Здоровье Украины, 2: 65–67.
6. **Загребнева А.И.** (2009) Подходы к локальной инъекционной терапии триамцинолоном ацетонидом у больных с остеоартрозом коленных суставов. Дис. ... канд. мед. наук. Специальность «Внутренние болезни» (код 14.00.05). Москва. □

**Адрес Представительства**

**Орион Фарма в Украине:**

04116, Киев, ул. Шолуденко, 3, офис 309

[www.orionpharma.com.ua](http://www.orionpharma.com.ua)