

with disease modifying drugs – comparison of drugs and adverse reactions. *J Rheum* 2008;35:472–6.

38. Flytstrom I., Stenberg B., Svensson A., Bergbrant I.M. Methotrexate vs Cyclosporine in psoriasis: effectiveness, quality of life and safety. *Br J Derm* 2008;158:116–21.

39. Saurat J.H., Stingl G., Dubertret L. et al. Efficacy and safety results from the randomized controlled comparative study of adalimumab vs metotrexate vs placebo in patients with psoriasis (CHAMPION). *Br J Derm* 2008;158:588–96.

40. Link A.A., Kino T., Worth J.A. et al. Ligand-activation of the adenosine A2a receptors inhibits IL-12 production by human monocytes. *J Immunol* 2000;164:436–42.

41. Pioro M.H., Cash J.M. Treatment of refractory psoriatic arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 1995;21(1):129–49.

42. Zachariae H., Zachariae E. Methotrexate treatment of psoriatic arthritis. *Acta Derm Ven* 1987;67:270–3.

43. Lacaille D., Stein H.B., Raboud J., Klinliff A.V. Longterm therapy of psoriatic arthritis: intramuscular gold or methotrexate? *J Rheum* 2000;27:1922–7.

44. Abu-Shakra M., Gladman D.D., Thorne J.C. et al. Long-term methotrexate therapy in psoriatic arthritis: clinical and radiological outcome. *J Rheum* 1995;22:241–5.

45. Ricci M., De Marco G., Desiati F. et al. Long-term survival of methotrexate in psoriatic arthritis. *Reumatismo* 2009;61(2):125–31.

46. Kingsley G.H., Packham J.C., McHugh

N.J. et al. Methotrexate is not disease modifying in psoriatic arthritis: a new treatment paradigm is required. Annual meeting of the British Society for Rheumatology, 2010.

47. Scarpa R., Peluso R., Atteno M. et al. The effectiveness of a traditional therapeutic approach in early psoriatic arthritis: Results of a pilot randomized 6-month trial with methotrexate. *Clin Rheum* 2008;27:823–6.

48. Ranza R., Marchesoni A., Rosetti A. et al. Methotrexate in psoriatic polyarthritis. *J Rheum* 1993;20:1804–5.

49. Kingsley G.H., Kowalczyk A., Taylor H. et al. A randomized placebo-controlled trial of methotrexate in psoriatic arthritis. *J Rheum* 2012;51(8):1368–77.

50. Lie E., Van der Heijde D., Uhlig T. et al. Effectiveness and retention rates of methotrexate in psoriatic arthritis in comparison with methotrexate-treated patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2010;69:671–6.

51. Baranauskaitė A., Raffayova H., Kungurov N. et al. Infliximab plus methotrexate is superior to methotrexate alone in the treatment of psoriatic arthritis in methotrexate-naïve patients: the RESPOND study. *Ann Rheum Dis* 2012;71(4):541–8.

52. Gladman D.D., Ang M., Su L. et al. Cardiovascular morbidity in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 2009;68:131–5.

53. Choi H.K., Hernan M.A., Seeger J.D. et al. Methotrexate and mortality in patients with rheumatoid arthritis: a prospective study. *Lancet* 2002;359:1173–7.

54. Spadaro A., Riccieri V., Sili-Scavilli A. et al. Comparison of cyclosporin A and methotrexate in the treatment of psoriatic arthritis: A one-year prospective study. *Clin Exp Rheum* 1995;13:589–93.

55. Jones G., Crotty M., Brooks P. Interventions for psoriatic arthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;2. CD000212.

56. Marguerie L., Flipo R.M., Grasset B. et al. Use of disease-modifying antirheumatic drugs in patients with psoriatic arthritis. *Joint Bone Spine* 2002;69:275–81.

57. Wollina U., Stander K., Barta U. Toxicity of methotrexate treatment in psoriasis and psoriatic arthritis – short- and long-term toxicity in 104 patients. *Clin Rheum* 2001;406:10–15.

58. Lie E., van der Heijde D., Uhlig T. et al. Effectiveness and retention rates of methotrexate in psoriatic arthritis in comparison with methotrexate-treated patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2010;69(4):671–6.

59. Grismer L.E., Gill S.A., Harris M.D. Liver biopsy in psoriatic arthritis to detect methotrexate hepatotoxicity. *J Clin Rheum* 2001;7:224–7.

60. Taylor W.J., Korendowych E., Nash P. et al. Drug use and toxicity in psoriatic disease: focus on methotrexate. *J Rheum* 2008;35(7):1454–7.

61. Gossec L., Smolen J., Gaujoux-Viala C. et al. European League Against Rheumatism recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies. *Ann Rheum Dis* 2012;71(1):4–12.

## Применение эторикоксиба у больных подагрой в реальной клинической практике

М.С. Елисеев, В.Г. Барскова  
ФГБУ «НИИР» РАМН, Москва

**Цель исследования** – оценка эффективности и безопасности эторикоксиба (Аркоксиа®) у больных подагрой с острым приступом артрита в реальной клинической практике.

**Материал и методы.** В пилотном открытом исследовании участвовало 30 больных кристалл-верифицированной подагрой (25 мужчин и 5 женщин, средний возраст – 52,4±13,5 года). Включали больных с наличием артрита, в том числе ранее без эффекта принимавших другие нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Всем больные получали эторикоксиб (Аркоксиа®) в течение 7 дней в дозе 120 мг/сут, при сохранении артрита – еще 7 дней 90 мг/сут. До и через 7 дней терапии, а у больных, принимавших эторикоксиб в течение 14 дней, через 14 дней терапии были оценены: суставной индекс, индексы припухлости, гиперемии, боль в покое и при движении по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), переносимость терапии по мнению больного. При первом и последующих визитах проводили биохимическое исследование крови, клинический анализ крови.

**Результаты исследования.** Через 7 дней терапии приступ артрита был купирован у 24 из 28 больных, через 14 дней артрит сохранялся у только 1 больного, но число пораженных суставов сократилось с 8 до 2. Через 7 дней отмечено снижение среднего показателя СОЭ: с 37,2±10,2 (до приема эторикоксиба) до 15,3±8,3 мм/ч ( $p<0,001$ ), боли по ВАШ в покое с 48,6±21,4 до 5,2±3,5 мм ( $p<0,001$ ), индексов припухлости ( $p<0,001$ ), гиперемии ( $p<0,001$ ), суставного индекса ( $p<0,001$ ). У 2 больных с исходно неконтролируемой артериальной гипертензией препарат был отменен из-за повышения АД, в 1 случае к моменту завершения курса терапии отмечался периорбитальный отек. Повышения сывороточных уровней печеночных ферментов, уровня креатинина и мочевины, скорости клубочковой фильтрации не зафиксировано.

**Выводы.** Эторикоксиб (Аркоксиа®) высокоэффективен и безопасен при применении у больных с острым подагрическим артритом, в том числе при отсутствии эффекта от предшествующей терапии НПВП и в случае олиго- и полиартрита.

**Ключевые слова:** подагра, артрит, эторикоксиб.

**Контакты:** Виктория Георгиевна Барскова [barskova@irramn.ru](mailto:barskova@irramn.ru)

### *Use of etoricoxib in patients with gout in real clinical practice*

*M.S. Eliseyev, V.G. Barskova*

*Research Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow*

**Objective:** to evaluate the efficacy and safety of etoricoxib (Arcoxia®) in gouty patients with an acute arthritis attack in real clinical practice.

**Subjects and methods.** Thirty patients (25 men and 5 women; mean age 52.4±13.5 years) with crystal-verified gout participated in the pilot open-label study of the patients with arthritis, including those who had taken other nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) without any effect. All the patients received etoricoxib (Arcoxia®) in a dose of 120 mg/day for 7 days and, if arthritis persisted, in a dose of 90 mg/day for 7 more days. The authors estimated an articular index, swelling and hyperemia indices, resting and movement pain by a visual analogue scale (VAS), therapy tolerance in the patient's opinion before and 7 days after therapy and, in the patients taking etoricoxib for 14 days, after 14 days of therapy. Biochemical and clinical blood tests were carried out at the first and subsequent visits.

**Results.** Seven days after therapy, an arthritis attack was abolished in 24 of the 28 patients, following 14 days, arthritis persisted only in 1 patient, but the number of affected joints reduced from 8 to 2. Following 7 days, there was a reduction in the mean erythrocyte sedimentation rate from 37.2±10.2 (before etoricoxib intake) to 15.3±8.3 mm/h ( $p<0.001$ ), VAS resting pain from 48.6±21.4 to 5.2±3.5 mm ( $p<0.001$ ), swelling ( $p<0.001$ ) and hyperemia ( $p<0.001$ ) indices, and articular index ( $p<0.001$ ). In 2 patients with baseline uncontrolled arterial hypertension, the drug was discontinued because of elevated blood pressure; periorbital edema was noted in one case by the end of a therapy course. There were no increases in the serum levels of liver enzymes, in the concentrations of creatinine and urea, and in glomerular filtration rate.

**Conclusion.** Etoricoxib (Arcoxia®) is highly effective and safe when used in patients with acute gouty arthritis, including those who had not benefited from previous NSAID therapy and those with oligo- and polyarthritis.

**Key words:** goat, arthritis, etoricoxib.

**Contact:** Viktoria Georgiyevna Barskova [barskova@irramn.ru](mailto:barskova@irramn.ru)

Острый подагрический артрит является одним из самых болезненных заболеваний этой группы. Именно в этот период из-за стремления быстро облегчить боль врачи и больные совершают значительное число терапевтических ошибок. Больные принимают громадное количество анальгетиков, используют невероятные их комбинации и дозы. К тому же Интернет «помогает» больным, которые не могут правильно трактовать специфические данные, сделать ряд ошибок, приводящих к ухудшению течения артрита, например начать прием аллопуринола во время приступа, отказаться от еды и т. д. Врачи тоже совершают стандартные ошибки: назначают пациентам физиотерапию, введение в сустав глюкокортикоидов (ГК), не учитывая имеющиеся противопоказания. Одной из излюбленных и вряд ли быстро искоренимых ошибок является необычайный пиетет перед внутривенным или внутримышечным введением препаратов. Полагают, что это самый быстрый способ не только подействовать на симптом, но и, якобы, избежать негативного влияния на желудок. В 2000 г. ВОЗ опубликовала данные метаанализа, свидетельствующие о том, что способ введения (внутримышечный, внутривенный, ректальный или пероральный) нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), витаминов, гормонов и антибиотиков не влияет на быстроту и выраженность эффекта, как и на частоту нежелательных явлений, зарегистрированных для каждого класса препаратов [1]. По видимому, свойства собственно молекулы имеют большее значение, чем форма введения. В связи с этим необходимо отдавать предпочтение препаратам, рекомендуемым для использования при острой боли.

Если обратиться к рекомендациям Британского общества ревматологов по лечению больных с острым подагрическим артритом, то одна из рекомендаций гласит: быстро

действующие НПВП в максимальных дозах являются препаратами выбора в случае отсутствия противопоказаний [2].

Новым препаратом для лечения острой боли, в том числе и острого подагрического приступа, является эторикоксиб 120 мг. Мы видим, по крайней мере, пять главных причин, которые обуславливают актуальность его применения при остром подагрическом артрите.

#### **1. Быстрота эффекта и длительность действия однократной дозы.**

Для больных с острым артритом едва ли не самым важным показателем является быстрота эффекта. В ряде исследований установлено, что эторикоксиб 120 мг характеризуется не только быстрым началом действия (в среднем 24 мин до наступления ощущаемой анальгезии), но и сохранением эффекта в течение 24 ч. Это крайне важный показатель для повышения приверженности больных лечению [3]. При использовании Кохрановской базы данных показано, что у эторикоксиба самое длительное время до повторного приема по сравнению с такими препаратами, как рофекоксиб, дифлунизал, оксикодон+парацетамол, люмиракоксиб, напроксен, целекоксиб, ибупрофен, диклофенак, лорноксикам, парацетамол, кодеин, и их возможными комбинациями [4].

**Важно помнить!** Повышение максимальной дозы любого НПВП ничего не дает в отношении анальгезии, однако количество нежелательных явлений растет. Это относится и к сочетанию НПВП с другими НПВП и парацетамолом [5].

#### **2. Высокий потенциал проникновения в спинномозговую жидкость.**

На различных моделях неоднократно показано, что воспалительные изменения на периферии (в результате травмы, хирургического вмешательства, артрита) вызывают дисрегуляцию воспалительных простагландинов и ЦОГ2 не

только в месте поражения, но и в ЦНС. Это может вносить вклад в феномен гипералгезии. Поэтому проникновение молекул НПВП в спинномозговую жидкость может приносить дополнительную пользу для купирования болевых ощущений. Среди селективных НПВП – сНПВП (анализировали вальдекоксиб, рофекоксиб и целекоксиб) эторикоксиб имеет наибольший потенциал проникновения в спинномозговую жидкость, и через 2 ч определяется самая высокая его концентрация [6].

### 3. Количество больных, которых нужно пролечить препаратом для достижения 50% уменьшения боли в течение 4–6 ч у 1 больного (Number needed to treat – NNT).

NNT – популярный показатель эффективности лечебных мероприятий, с помощью которого легко сравнивать различные лекарственные препараты. NNT наиболее информативен, если его рассчитывают на основании результатов систематизированных обзоров рандомизированных контролируемых исследований, так как в подобных обзорах анализируются вся доступная информация и большое число больных. NNT – лишь один из показателей, которые учитывают при выборе препарата [7]. Существует много других факторов, в том числе риск нежелательных явлений, стоимость и т. п.

Эторикоксиб 120 мг по данному показателю недостоверно уступает только более высоким дозам эторикоксиба (180–240 мг) и сочетанию оксикодона 10 мг и парацетамола 1000 мг. Этот показатель для эторикоксиба составил <2 больных. NNT для остальных препаратов, которые вошли в данный анализ, не превышал таковой эторикоксиба 120 мг [8].

### 4. Риск сердечнососудяных катастроф.

Известно, что риск смерти от любой причины у больных с подагрическим артритом (особенно старше 66 лет) высокий, независимо от наличия сердечнососудяных заболеваний и проводимого лечения. При этом риск развития инфаркта миокарда высок в течение 60 дней. Интересны данные американских авторов, которые показали, что риск смерти от любой причины у больных, обратившихся в пункт скорой помощи с острым подагрическим артритом, высокий. Однако этого не наблюдается в госпиталях [8]. Возможно, данный факт обусловлен степенью контроля за пациентом и риском сердечнососудяных событий.

Представляется крайне важным учет риска возникновения нежелательных явлений при приеме НПВП. Один из последних метаанализов сердечнососудяных рисков объединил 31 исследование, включавшее 116 429 больных и более 115 000 человеко-лет наблюдения [9]. Анализировали следующие препараты: эторикоксиб, диклофенак, напроксен, целекоксиб, люмиракоксиб, ибупрофен, рофекоксиб и плацебо. Доказательная база, достаточная для включения в данный метаанализ, для других препаратов отсутствовала. В итоге все препараты находились в зоне повышенного риска развития различных сердечнососудяных исходов. В отношении возникновения инфаркта миокарда у эторикоксиба риск был невысокий и не превышал таковой у диклофенака и напроксена.

### 5. Безопасность у больных подагрой.

Было проведено 2 двойных слепых рандомизированных 7-дневных контролируемых исследования, в которых сравнивали эторикоксиб и индометацин у пациентов с атакой острого подагрического артрита [10, 11]. В первое исследование вошло 150 пациентов (11 стран), во второе – 189 пациентов (8 стран). Сравнивали следующие дозы: эторикоксиб 120 мг 1 раз в день или индометацин 50 мг 3 раза в

день. Эффективность препаратов была одинаковой, однако нежелательных явлений, связанных с препаратом, отмечалось в 2 раза больше при приеме индометацина по сравнению с эторикоксибом. Отмена препарата также чаще наблюдалась в группе индометацина.

Таким образом, собрана внушительная база, доказывающая целесообразность применения эторикоксиба 120 мг для лечения острой боли, в том числе и подагрического артрита.

У амбулаторных больных с подагрическим артритом мы наблюдали быстрый и выраженный анальгетический эффект эторикоксиба, что явилось основанием для сбора материала об эффективности и безопасности эторикоксиба в реальной клинической практике.

**Материал и методы.** *Общая схема (структура) и план исследования:* пилотное (открытое несравнительное) 2-недельное исследование для оценки эффективности и безопасности препарата эторикоксиб у 30 больных подагрическим артритом. Исследование больных подагрическим артритом, принимающих в течение 7 дней 120 мг эторикоксиба, при необходимости – продолжение терапии эторикоксибом в дозе 90 мг 7 дней.

*Популяция больных:* 30 больных (25 мужчин и 5 женщин) кристалл-верифицированной подагрой в возрасте от 27 лет до 73 лет (средний возраст – 52,4±13,5 года). Средняя длительность заболевания – 5,9±3,1 года.

Больных, предварительно принимавших НПВП, включали в исследование при соблюдении следующих условий: а) отсутствие купирования артрита при приеме другого НПВП в течение 14 дней; б) дозы ранее принимаемых препаратов не должны превышать среднесуточные (для индометацина ≤100 мг, диклофенака ≤150 мг, нимесулида ≤200 мг, мелоксикама ≤15 мг).

Критериями исключения служили: наличие хронического артрита с вовлечением >10 суставов и неэффективностью НПВП и ГК в течение 3 мес (т. е. тяжелая активная подагра и/или подагрический статус, наличие прямых показаний для назначения ГК); наличие прямых противопоказаний для назначения НПВП (почечная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность с приемом диуретиков, нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, инсульт, коронарное шунтирование в течение предшествующего года, 3-кратное увеличение уровня АЛТ и АСТ в сыворотке крови, обострение язвенной болезни в течение предшествующих 6 мес, достоверный диагноз осложненной язвенной болезни); наличие в анамнезе гепатита В и С, ВИЧ-инфекции; наличие злокачественных новообразований, выявленных в течение последних 5 лет; прием антикоагулянтов, антиагрегантов, диуретиков, ГК, колхицина на момент включения в исследование; прием аллопуринола менее чем за 3 мес до включения в исследование (риск обострений); наличие аллергических реакций на НПВП (в том числе на аспирин).

#### *Оценка пациентов:*

1) индекс припухлости суставов, баллы: 0 – нет припухлости, 1 – пальпируемая припухлость, 2 – видимая припухлость, 3 – выраженная припухлость;

2) гиперемия кожных покровов над суставом, баллы: 0 – нет, 1 – неяркая, слабая, 2 – средняя, умеренная, 3 – выраженная;

3) суставной индекс, баллы: 0 – нет боли, 1 – боль при пальпации, о которой больной говорит, 2 – боль при пальпации, заставляющая больного скорчить гримасу, 3 – боль при

пальпации, заставляющая больного отдернуть пораженную конечность;

4) боль в покое и при движении, оцениваемая по ВАШ, в мм;

5) учет нежелательных явлений, побочных эффектов терапии;

6) оценка приверженности больных терапии – оценка эффективности и переносимости эторикоксиба пациентом;

Для оценки безопасности препарата выполняли:

1) клинический анализ крови (при первом и последнем визите);

2) биохимическое исследование крови: креатинин, мочевины, мочевого кислоты, АСТ, АЛТ, билирубин,  $\gamma$ -ГТ (при каждом визите);

3) измерение АД – до назначения терапии, а также на 8-й и 14-й день приема препарата, ручным методом в дневное время, в состоянии покоя, положении сидя, по методу Н.С. Короткова, не менее 3 раз с перерывом 5 мин.

Продолжительность лечения эторикоксибом составляла 7 дней по 120 мг, в дальнейшем при необходимости назначали эторикоксиб 90 мг до 14 дней. На 8-й день принимали решение о продлении приема препарата.

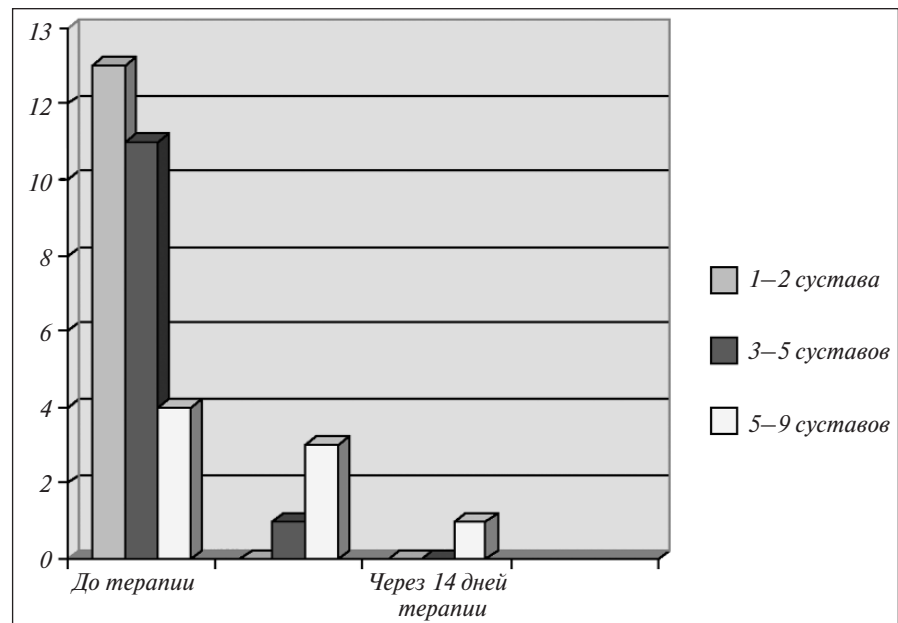
Сопутствующее лечение (антигипертензивная, сахароснижающая терапия) не меняли, если оно было назначено ранее. Больные продолжали прием антигиперурикемической терапии, если принимали аллопуринол в стабильной дозе более 3 мес.

Статистический анализ проводили с помощью пакета прикладных программ Statistica 8.0 (StatSoft. Inc., США). Результаты представлены в виде средних значений и средних квадратических отклонений.

**Результаты и обсуждение.** Средний возраст 30 включенных в исследование больных подагрой (25 мужчин и 5 женщин) составил  $52,4 \pm 13,5$  года (от 27 лет до 73 лет). Средняя длительность заболевания –  $5,9 \pm 3,1$  года. Из 30 больных исследование закончили 28.

Медиана и интерквартильный размах числа припухших суставов на момент осмотра составили 2 [1; 3]. У 13 больных на момент начала терапии был артрит 1–2 суставов, у 11 больных – 3–5 суставов и у 4 больных >5 суставов. К 7-му дню приступ артрита был купирован у 24 из 28 больных, закончивших недельный курс терапии, и только у 4 пациентов потребовалось продолжение лечения. Было отмечено, что в случае моно- или олигоартрита приступ купировался у всех больных к концу 1-й недели приема эторикоксиба (Аркоксия®) и только при наличии артрита >4 суставов в нескольких случаях потребовалось продолжить терапию. У 3 из этих больных исходное число воспаленных суставов было >5 (у 1 пациента – 6, у 1 – 7, у 1 – 8), еще у 1 больного было поражено 4 сустава. Все они продолжили прием эторикоксиба (Аркоксия®) в дозе 90 мг/сут, и к концу 2-й недели лечения артрит не был купирован только у 1 больного с максимальным числом пораженных суставов, но их число сократилось с 8 до 2 (см. рисунок).

Терапия эторикоксибом (Аркоксия®) характеризовалась существенным уменьшением или полным отсутствием боли у всех без исключения больных. Все пациенты отметили



Число больных с наличием артрита до, через 7 и 14 дней терапии эторикоксибом (Аркоксия®) в зависимости от числа пораженных суставов

уменьшение боли уже после первого приема препарата. Среднее значение боли по ВАШ к концу 1-й недели терапии эторикоксибом снизилось с  $74,9 \pm 15,9$  до  $15,7 \pm 9,0$  мм ( $p < 0,0001$ ). Параллельно клиническому улучшению прошло снижение СОЭ: с  $37,2 \pm 10,2$  мм/ч (до начала приема эторикоксиба) до  $15,3 \pm 8,3$  мм/ч ( $p < 0,001$ ).

Динамика суставного индекса, индекса припухлости, индекса гиперемии, а также боли, оцениваемой по ВАШ, до начала и через 7 дней терапии эторикоксибом (Аркоксия®) представлена в табл. 1.

Переносимость препарата была оценена как хорошая и отличная подавляющим большинством пациентов. На отличную эффективность препарата указали 17 больных, на хорошую – 8, на удовлетворительную – 2, на неудовлетворительную – 3.

Принципиально важным результатом исследования было редкое развитие серьезных побочных эффектов, которые могли бы послужить причиной отмены препарата. Препарат был отменен только у 2 больных с исходно неконтролируемой артериальной гипертензией, у которых во время приема эторикоксиба (Аркоксия®) регистрировалось клинически значимое повышение АД (им была проведена коррекция гипотензивной терапии). Еще у 1 больной отмечался периорбитальный отек (развился к моменту завершения курса терапии, на 7-й день приема препарата), к этому времени артрит у этой пациентки был полностью купирован. Повышения сывороточных уровней печеночных ферментов, уровня креатинина и мочевины, скорости клубочковой фильтрации (СКФ) у больных не зафиксировано (табл. 2). Среднее систолическое и диастолическое АД (САД и ДАД), измеренное до начала и на 7-й день терапии, было сопоставимым: САД составило соответственно  $129 \pm 32$  и  $131 \pm 33$  мм рт. ст., ДАД –  $86 \pm 27$  и  $87 \pm 31$  мм рт. ст.

Личные впечатления практикующих врачей от применения лекарственных препаратов часто далеки от мнений, основанных на анализе результатов «рафинированных» маркетинговых исследований. Обобщение собственных данных,



## О Р И Г И Н А Л Ь Н Ы Е И С С Л Е Д О В А Н И Я

Таблица 1. Динамика показателей, отражающих течение артрита у больных подагрой до и через 7 дней терапии эторикоксибом (Аркоксия®),  $M \pm SD$

Показатель	До терапии (n=30)	Через 7 дней терапии (n=28)
Суставной индекс, баллы	2,15±0,93	0,30±0,13
Индекс припухлости, баллы	2,07±1,15	0,18±0,10
Индекс гиперемии, баллы	1,96±0,93	0,13±0,04
ВАШ, мм: в покое	48,6±21,4	5,2±3,5
при движении	74,9±15,9	15,7±9,0

Примечание.  $p < 0,001$ .

Таблица 2. Динамика лабораторных показателей у больных подагрой, получавших эторикоксиб (Аркоксия®) 120 мг/сут,  $M \pm SD$

Показатель	До терапии (n=30)	Через 7 дней терапии (n=28)
Креатинин, ммоль/л	82,4±29,7	83,5±30,4
Мочевина, мкмоль/л	6,5±2,0	6,8±1,8
СКФ, Ед/л	91,5±33,2	78,5±39,5
АЛТ, Ед/л	16,8±4,7	17,2±5,3
АСТ, Ед/л	21,1±7,6	22,6±5,4
Нв, г/л	134±15	136±9
СОЭ, мм/ч	37,2±10,2*	15,3±8,3*

Примечание. При сопоставлении показателей до и после лечения различия недостоверны.  
\* –  $p = 0,02$ .

ся отражением лежащих в их основе преимуществ. В частности, результаты нашей работы показали, что прием эторикоксиба (Аркоксия®) приводил к купированию приступа подагрического артрита не только при моно- или олигоартрите, но и в большинстве случаев даже у самой тяжелой когорты больных – с наличием полиартрита, в том числе при неэффективности предшествующей терапии НПВП. При этом эффект препарата был обратно пропорционален тяжести артрита: в случае моноартрита или артрита 2 суставов приступ купировался через 1 нед терапии; при поражении 3–5 суставов 2-недельный курс терапии потребовался 3 из 4 больных, а в 1 случае, при поражении сразу 8 суставов, терапия была продолжена и сверх обусловленного рамками исследования срока. Оправдали ожидания и результаты исследования в отношении безопасности препарата. Так, лекарственно-индуцированные нежелательные явления зарегистрированы всего в 3 случаях. И хотя доза эторикоксиба (Аркоксия®) была максимальной, ни один из больных не предъявлял жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта, почек, гепатобилиарной системы или показателей крови. Наконец, клинически значимое повышение АД отмечено только у 2 больных с отсутствием адекватной гипотензивной терапии.

полученных при максимальном соответствии реальной клинической практике, формирование отношения к препарату по сути является целью настоящего исследования. Мы указали пять основных причин, которые делают актуальным применение препарата у больных подагрой. И хотя исследование не ставило перед собой цели их подтверждения, можно предположить, что полученные нами результаты являют-

Таким образом, полученные нами результаты констатируют возможность эффективного и безопасного применения эторикоксиба (Аркоксия®) у больных с приступом подагрического артрита, в том числе при неэффективности проводившейся ранее терапии другими НПВП и в случае олиго- и полиартрита.

## Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Reeler A.V. Anthropological perspectives on injections: a review. Bull World Health Organ 2000;78(1):135–43.
2. Jordan K., Cameron J.S., Snaith M. et al. British Society for Rheumatology and British health Professionals in Rheumatology Guideline for the management of Gout. Rheumatology 2007;46:1372–4.
3. Malmstrom K., Sapre A., Couglin H. et al. Etoricoxib in acute pain associated with dental surgery: a randomized, double-blind, placebo- and active comparator-controlled dose-ranging study. Clin Ther 2004;26(5):667–79.
4. Moore R.A., Derry S., McQuay H.J., Wiffen P.J. Single dose oral analgesics for acute postoperative pain in adults. Cochrane Database Syst Rev 2011;9: CD008659.
5. Doherty M., Hawkey C., Goulder M. et al. A randomised controlled trial of ibuprofen, paracetamol or a combination tablet of ibuprofen/paracetamol in community-derived people with knee pain. Ann Rheum Dis 2011;70(9):1534–41.
6. Renner B., Zacher J., Buvanendran A. et al. Absorption and distribution of etoricoxib in plasma, CSF, and wound tissue in patients following hip surgery – a pilot study. Naunyn Schmiedebergs Arch Pharmacol 2010; 381(2):127–36.
7. Moore A., McQuay H. Numbers needed to treat derived from meta analysis. NNT is a tool, to be used appropriately. BMJ 1999;319(7218):1200.
8. Thanassoulis G., Brophy J.M., Richard H., Pilote L. Gout, allopurinol use, and heart failure outcomes. Arch Int Med 2010;170(15):1358–64.
9. Trelle S., Reichenbach S., Wandel S. et al. Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: network meta-analysis. BMJ 2011;342:c7086.
10. Schumacher H.R. Jr, Boice J.A., Daikh D.I. et al. Randomised double blind trial of etoricoxib and indometacin in treatment of acute gouty arthritis. BMJ 2002;324(7352):1488–92.
11. Rubin B.R., Burton R., Navarra S. et al. Efficacy and safety profile of treatment with etoricoxib 120 mg once daily compared with indomethacin 50 mg three times daily in acute gout: a randomized controlled trial. Arthr Rheum 2004;50:598–606.