



¹ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

² Центральная поликлиника «РЖД-Медицина», Москва

Результаты многоцентрового ретроспективного исследования оценки длительности эффективности применения стандартных схем терапии скелетно-мышечной боли с включением биоактивного концентрата мелких морских рыб (Алфлутоп) в отдаленном периоде «РЕАЛ»

М.В. Путилина, д.м.н., проф.¹, Н.И. Шабалина²

Адрес для переписки: Марина Викторовна Путилина, profput@mail.ru

Для цитирования: Путилина М.В., Шабалина Н.И. Результаты многоцентрового ретроспективного исследования оценки длительности эффективности применения стандартных схем терапии скелетно-мышечной боли с включением биоактивного концентрата мелких морских рыб (Алфлутоп) в отдаленном периоде «РЕАЛ». Эффективная фармакотерапия. 2026; 22 (14): 22–28.

DOI 10.33978/2307-3586-2026-22-14-22-28

Цель – трехлетняя оценка частоты обострений, дней нетрудоспособности у пациентов со скелетно-мышечными болевыми синдромами, получавших в составе комплексной терапии биоактивный концентрат мелких морских рыб Алфлутоп.

Материал и методы. Проанализировано 70 электронных историй болезни пациентов, наблюдавшихся в трех клиничко-диагностических центрах Москвы в период 2023–2025 гг., с диагнозами М.54.2, М.54.4, М.54.5, М.54.8, М.54.1. Средний возраст пациентов (мужчин – 48,6%, женщин – 51,4%) составил $41,8 \pm 0,8$ года, средняя длительность заболевания – $5,4 \pm 3,9$ года. Среди сопутствующих заболеваний преобладали артериальная гипертензия и остеоартрит коленного сустава (ОАКС). Все истории болезни были поровну разделены на две группы. Пациенты первой (основной) группы получали комплексную терапию нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) + миорелаксант + Алфлутоп 2 мл внутримышечно через день, всего десять инъекций, начиная с первого дня обращения, пациенты второй группы (группы сравнения) – НПВП + миорелаксант.

Результаты. Анализ историй болезни пациентов с неспецифической скелетно-мышечной болью в спине за весь период наблюдения (2023–2025 гг.) подтвердил высокую эффективность и безопасность комплексной терапии с включением в нее биоактивного концентрата мелких морских рыб Алфлутоп. В основной группе частота обострений за год составила $1,9 \pm 0,6$, количество дней нетрудоспособности – $10,8 \pm 1,3$, в группе сравнения – $3,4 \pm 0,9$ и $14,4 \pm 1,0$ соответственно. Частота обострений за год во второй группе в 1,8 раза превысила аналогичный показатель в первой группе ($p < 0,01$). У пациентов основной группы после трех курсов терапии общее снижение частоты обострений составило 42,1% на фоне уменьшения потребности в НПВП без коррекции гипотензивной терапии. Количество дней нетрудоспособности уменьшилось на 35,1%. Объективно снизилась интенсивность боли. Ни одному пациенту не потребовалось эндопротезирование коленного сустава. Нежелательных реакций, связанных с инъекциями препарата Алфлутоп, не зарегистрировано. У пациентов группы сравнения за трехлетний период отмечалась менее выраженная динамика: снижение частоты обострений на 11,7% на фоне увеличения потребности в НПВП и коррекции гипотензивной терапии, уменьшение количества дней нетрудоспособности на 15,27%. В этой группе зарегистрированы увеличение частоты жалоб на проблемы с желудочно-кишечным трактом и необходимость в коррекции гипотензивной терапии. Зафиксировано увеличение количества пациентов с диагнозом ОАКС. Пяти пациентам с ранее установленным диагнозом ОАКС рекомендовано эндопротезирование.

Ключевые слова: скелетно-мышечная боль, остеоартрит коленного сустава, дорсопатия, артериальная гипертензия, Алфлутоп



Введение

Согласно данным о глобальном бремени болезней за 2020 г., скелетно-мышечные боли испытывали 619 млн человек. Прогнозируется, что к 2050 г. этот показатель достигнет 843 млн [1]. В период с 2021 по 2024 г. было зарегистрировано 109 855 844 новых случая болей в пояснице, при этом стандартизированный по возрасту показатель заболеваемости имел тенденцию к снижению. Заметно увеличение доли пациентов в возрасте 60 лет и младше, причем наибольшее число случаев приходится на возрастную группу 50–55 лет. Отдельно отмечается рост распространенности всех типов остеоартрита (ОА) с 2020 по 2050 г. – до 642 млн случаев, особенно за счет ОА коленного (на 74,9%) и тазобедренного (на 78,6%) суставов.

Как правило, генерализованное поражение опорно-двигательного аппарата у большинства пациентов приводит к закономерному выводу о единстве патогенеза остеохондроза и ОА [2, 3]. Чаще всего разные варианты локализации ОА встречаются одновременно, а рецидивы боли могут иметь различную характеристику. В 2024 г. 13,4% населения планеты одновременно имели два-три хронических заболевания [4]. Процессы дегенерации хряща в периферических суставах и суставах позвоночника протекают по типичному сценарию, поэтому представляется возможным экстраполировать схему лечения пациентов с ОА на пациентов со скелетно-мышечной болью в спине.

Коморбидность – фактор, который часто становится причиной неэффективной терапии болевых синдромов и приводит к хронизации процесса [5–7].

По последним оценкам, распространенность хронической боли в мире составляет 33% [4, 6]. В исследованиях с участием пациентов с хроническим болевым синдромом чаще внимание акцентировано только на первоначальной длительности боли (от трех месяцев), но отсутствуют или единичны данные о феноменах изменения ее течения за определенный период жизни пациента. Предложенные медикаментозные и немедикаментозные методики не всегда позволяют улучшить качество жизни в отдаленном периоде болезни, снизить частоту обострений.

Согласно трендам 2025 г., новый взгляд на структурномодифицирующие препараты (SYSADOA), подкрепленный клиническими исследованиями, позволил рассматривать их как средства, профилактирующие и снижающие рецидивы ОА [8]. Их новое название DMOADs – потенциальные болезнь-модифицирующие остеоартрит-препараты – помогло более точно объяснить механизм действия [9]. DMOADs препятствуют прогрессированию и дальнейшему структурному повреждению сустава (структурномодифицирующий эффект), приводя к уменьшению выраженности симптомов (симптом-модифицирующий эффект), в частности боли, и улучшению функции сустава. Результаты наблюдательной программы «НОСТАЛЬГИЯ» (НОВые Стратегии Терапии АЛГИческих синдромов в нижней части спины у пациентов с постковидным синдромом) продемонстрировали эффективность препарата Алфлутоп у пациентов

с хроническими болевыми синдромами, ранее принимавших другую терапию [10]. За последние годы появилось много работ, подтверждающих эффективность препарата при боли в спине [11–15].

Цель – трехлетняя оценка частоты обострений скелетно-мышечных болевых синдромов, связанного с ними количества дней нетрудоспособности, а также оценка динамики клинических проявлений у пациентов, получавших в составе комплексной терапии биоактивный концентрат мелких морских рыб Алфлутоп.

Материал и методы

Проанализировано 70 электронных историй болезни пациентов, обратившихся к специалистам трех клинико-диагностических центров Москвы по поводу боли в спине (с верифицированными диагнозами по данным рентгенограмм поясничного и шейного отделов: унковертебральный артроз, спондилоартроз) в период с 2023 по 2025 г. Распределение диагнозов (коды Международной классификации болезней 10-го пересмотра) было следующим: M54.2 – 12 человек, M54.4 – 16, M54.5 – 20, M54.8 – 12, M54.1 – 10 человек. Не анализировались истории болезни пациентов с компрессионными синдромами, грыжами дисков больших размеров, требующих нейрохирургической коррекции, интенсивностью боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) свыше 8 баллов. Для анализа отбирались карты только тех пациентов, у которых для оценки боли применялась десятибалльная ВАШ и у которых имелись данные о количестве дней нетрудоспособности. Средний возраст пациентов (мужчин – 48,6%, женщин – 51,4%) составил $41,8 \pm 0,8$ года, средняя длительность заболевания – $5,4 \pm 3,9$ года [min 3; max 9]. Среди сопутствующих заболеваний преобладали артериальная гипертензия – 70% (n = 49), ОА коленного сустава – 30% (n = 21), ОА тазобедренного сустава – 10% (n = 7). Деление историй болезни на группы осуществлялось на основании проведенной терапии на момент включения в исследование. Пациенты первой (основной) группы (35 историй болезни) получали комплексную терапию нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) + миорелаксант + Алфлутоп 2 мл внутримышечно через день, общий курс – десять инъекций, терапию начинали с первого дня обращения, за год – один курс терапии, пациенты второй (группа сравнения; 35 историй болезни) – НПВП + миорелаксант (без препарата Алфлутоп).

Анксиолитики, гипнотики, антидепрессанты, антиконвульсанты пациенты на момент первого обращения и впоследствии не принимали. 15 пациентам основной группы и 25 пациентам группы сравнения назначали антиоксиданты вне периода обострения, витамины группы В (внутримышечно и внутрь до одного месяца). Все пациенты получали гипотензивную терапию, при необходимости – ингибиторы протонной помпы (ИПП).

Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью программ Statistica 10 (StatSoft Inc., США) и Microsoft Excel с расчетом уровня значимости (p). Для



распределения использовали непараметрический анализ (для сравнения двух независимых групп по порядковым и количественным признакам применяли тест Манна – Уитни). Статистически значимыми считались различия при вероятности ошибки первого рода менее 5% ($p < 0,05$). Количественные данные представлены в виде $M \pm SD$, $Me [Q25; Q75] [min; max]$, где M – среднее арифметическое, SD – стандартное отклонение, Me – медиана, $Q25$ и $Q75$ – 25-й и 75-й процентиля (квартили), min и max – минимальное и максимальное значения. Сравнение групп выполнено в режиме попарного анализа с учетом критерия Фишера (для бинарных переменных) и t-критерия Стьюдента – Уэлча (для количественных переменных). Внутригрупповую динамику оценивали с помощью парного t-критерия Стьюдента – Уэлча для всех показателей по годам наблюдения, а также для значений ВАШ в интервалах 0–7 дней и 20–21 день. Поправки на множественные сравнения вводились методом Холма.

Результаты

Все пациенты при первом анализируемом обращении (2023 г.) предъявляли жалобы на острые боли в спине, шее, усиливающиеся при движении и/или наклонах и нередко иррадиирующие. Оценка боли по ВАШ составляла от 5 до 7 баллов ($5,3 \pm 1,0$). Превалировала боль в пояснице – 57,14% ($n = 40$), боль в шее – 28,57% ($n = 20$). У 10 (14,29%) пациентов одновременно отмечались жалобы на боли в разных отделах позвоночника и суставов. При объективном осмотре зафиксированы ограничения движений в шейном и поясничном отделах позвоночника, напряжение трапециевидных и прямых мышц спины и шеи, болезненность паравертебральных точек С3–С5 и L3–L5.

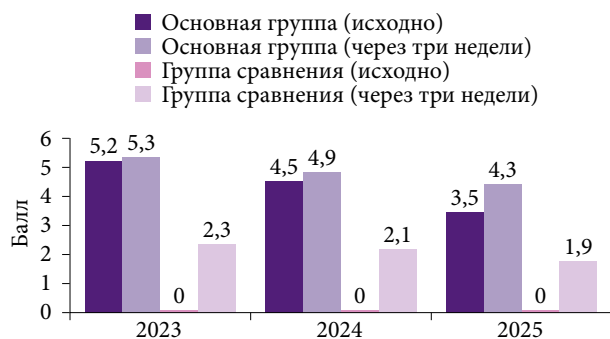


Рис. 1. Динамика выраженности боли в спине по ВАШ

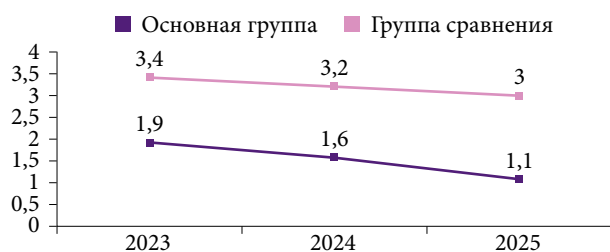


Рис. 2. Частота обострений боли в спине по историям болезней за весь исследуемый период после начала лечения в 2023–2025 гг.

В момент первого обращения у пациентов основной группы оценка боли по ВАШ составила $5,2 \pm 1,06$ балла. После окончания курса терапии (21 день) 25 пациентов отмечали отсутствие боли (0 баллов по ВАШ) ($p < 0,01$). Пациенты с болью в коленных суставах ($n = 10$) отметили недостоверное ($p > 0,05$) снижение интенсивности боли (1–2 балла по ВАШ), дополнительной консультации травматолога-ортопеда не назначалось. Частота обострений за год составила $1,9 \pm 0,6$, количество дней нетрудоспособности – $10,8 \pm 1,3$.

В группе сравнения до лечения интенсивность боли по ВАШ составила $5,3 \pm 1,1$ балла ($p < 0,01$), через 21 день – $2,3 \pm 1,3$ балла ($p < 0,01$). На приеме через 21 день 17 (48,6%) пациентам назначили повторные курсы НПВП и миорелаксантов. Зафиксированы обращения 15 пациентов к терапевту по поводу коррекции уровня артериального давления (АД). Семи пациентам рекомендована консультация травматолога-ортопеда по поводу ОА коленного сустава. Частота обострений за год составила $3,4 \pm 0,9$, что в 1,8 раза превысило аналогичный показатель в основной группе ($p < 0,01$). Количество дней нетрудоспособности составило $14,4 \pm 1,0$, что на 33,3% больше, чем в основной группе ($p < 0,05$).

Количество жалоб и интенсивность боли по ВАШ на 21-й день уменьшались в обеих группах. В основной группе интенсивность боли по ВАШ на 21-й день составила 0 баллов, в группе сравнения этот показатель был выше – $2,3 \pm 0,3$ балла ($p < 0,01$).

Через год (2024 г.) пациентам основной группы вновь назначили ту же терапию (НПВП + миорелаксант + Алфлутоп 2 мл внутримышечно через день, десять инъекций, начиная с момента обращения). На протяжении года они принимали НПВП по 5–7 дней, курс – два-три раза в год. Коррекции гипотензивной терапии не потребовалось, жалобы на боли в эпигастральной области и диспепсию зафиксированы у пяти пациентов.

В группе сравнения (НПВП + миорелаксант) пациенты три-четыре раза в год принимали НПВП 5–7 дней + ИПП. У 15 пациентов участились жалобы на боли в эпигастральной области, диспепсию, у пяти пациентов проблемы с желудочно-кишечным трактом (ЖКТ) зафиксированы впервые, 15 пациентам в целях коррекции уровня АД увеличили дозу принимаемого препарата. По сравнению с предыдущим годом выраженность боли по ВАШ в основной группе составила $4,5 \pm 1,1$ балла, что на 13,5% меньше показателей 2023 г. ($5,2 \pm 1,06$; $p < 0,01$), частота обострений – $1,6 \pm 0,6$ – на 15,8% меньше показателей предыдущего года ($1,9 \pm 0,6$). Количество дней нетрудоспособности составило $9,3 \pm 1,6$, что на 13,9% меньше показателей предыдущего года ($10,8 \pm 1,3$; $p < 0,05$) (рис. 1–3).

В группе сравнения оценка выраженности боли по ВАШ составила $4,9 \pm 0,8$ балла ($p < 0,01$), что в динамике в 2,13 раза больше показателей прошлого года (через 21 день после терапии – $2,3 \pm 1,3$) (рис. 1). Частота обострений – $3,2 \pm 0,6$, что на 5,9% меньше показателей предыдущего года ($3,4 \pm 0,9$). Количество дней нетрудоспособности составило $13,1 \pm 1,3$ – на 9,03% меньше показателей предыдущего года ($14,4 \pm 1,0$; $p < 0,05$) (рис. 1–3).



При межгрупповом сравнении установлена выраженная положительная динамика у пациентов основной группы ($p < 0,05$): показатели по ВАШ снизились на 8,2%, частота обострений – на 50%, количество дней нетрудоспособности – на 29,0%.

Следующий анализ историй болезней тех же пациентов в 2025 г., спустя два года (после трех курсов терапии), подтвердил тенденцию к улучшению состояния, снижению частоты обострений и дней нетрудоспособности у пациентов основной группы.

Пациентам основной группы вновь назначили терапию НПВП + миорелаксанта + Алфлутоп 2 мл внутримышечно через день, всего десять инъекций, с момента первого обращения – один курс. На протяжении года десять пациентов принимали НПВП пять дней два раза в год. Жалоб в отношении ЖКТ не зафиксировано. Коррекции уровня АД не потребовалось. Консультация травматолога-ортопеда рекомендована трем пациентам. Направлений на эндопротезирование не было.

В группе сравнения (НПВП + миорелаксанта) все пациенты три-четыре раза в год принимали НПВП 7–14 дней и ИПП. Жалобы на боли в эпигастральной области и диспепсию зарегистрированы у 20 пациентов. 20 пациентов за год дважды обращались к терапевту для коррекции уровня АД; им потребовалось изменение схемы гипотензивной терапии (выбор препаратов других групп). 15 пациентов были направлены на консультацию к травматологу-ортопеду, причем пятеро из них получили направление на эндопротезирование коленного сустава.

Частота обострений достоверно снизилась в обеих группах: в основной – с $1,6 \pm 0,6$ годом ранее до $1,1 \pm 0,1$ (на 31,25%; $p < 0,05$), в группе сравнения – с $3,2 \pm 0,6$ годом ранее до $3,0 \pm 0,5$ (на 6,25%; $p < 0,05$) (рис. 2). Количество жалоб в основной группе и выраженность боли в спине по ВАШ значительно уменьшились (рис. 1). Качественная оценка жалоб в основной группе показала снижение количества пациентов с жалобами на боли в коленных суставах. Количество дней нетрудоспособности в основной группе уменьшилось с $9,3 \pm 1,6$ годом ранее до $7,0 \pm 1,1$ (на 24,73%; $p < 0,05$), в группе сравнения – с $13,1 \pm 1,3$ годом ранее до $12,2 \pm 1,3$ (на 6,9%; $p < 0,05$).

Необходимо отметить, что у пациентов основной группы через три недели (после окончания курсового приема препарата Алфлутоп) оценка выраженности боли по ВАШ составила 0 баллов, в группе сравнения показатель оставался в пределах $1,9 \pm 0,3$ балла ($p < 0,05$).

Основные выводы

Анализ историй болезни пациентов с неспецифической скелетно-мышечной болью в спине за весь период наблюдения (2023–2025 гг.) подтвердил высокую эффективность и безопасность комплексной терапии с включением в нее препарата Алфлутоп. Применение Алфлутопа сопровождалось высокой частотой клинически значимого ответа, включая снижение интенсивности боли более чем на 50% у большинства пациентов. Включение Алфлутопа в состав комплексной терапии повышает вероятность полного купирования болевого синдрома по сравнению со стандартной терапией и снижает потребность в сопутствующей анальгетической терапии, в частности НПВП.

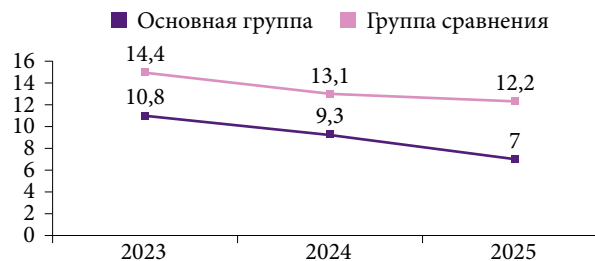


Рис. 3. Количество дней нетрудоспособности за весь период наблюдения

У пациентов основной группы после трех курсов терапии общее снижение частоты обострений составило 42,1%, что почти в четыре раза превышало аналогичный показатель в группе сравнения (11,7%), на фоне сокращения потребности в НПВП без коррекции гипотензивной терапии. Количество дней нетрудоспособности уменьшилось на 35,1%, тогда как в группе сравнения данный показатель составил лишь 15,27%, что более чем в два раза ниже. Объективно снизилась интенсивность боли. Следует отдельно подчеркнуть, что ни одному пациенту не потребовалось эндопротезирование коленного сустава, тогда как в группе сравнения пяти пациентам с ранее установленным диагнозом ОА коленного сустава была рекомендована операция. Нежелательных реакций, связанных с инъекциями препарата Алфлутоп, не зафиксировано. У пациентов группы сравнения наблюдалась менее выраженная динамика за три года наблюдения: снижение частоты обострений на 11,7% на фоне увеличения потребности в НПВП и коррекции гипотензивной терапии, уменьшение количества дней нетрудоспособности на 15,27%. В этой группе участились жалобы в отношении ЖКТ, отмечалась потребность в коррекции гипотензивной терапии. За время наблюдения увеличилось количество пациентов с диагнозом ОА коленного сустава.

Таким образом, включение Алфлутопа в комплексную терапию пациентов с неспецифической скелетно-мышечной болью в спине позволяет не только снизить частоту обострений и выраженность болевого синдрома, но и существенно уменьшить социально значимые показатели заболевания, включая дни нетрудоспособности и необходимость хирургического вмешательства.

Обсуждение

Результаты исследования «РЕАЛ» подтвердили прогрессирующее течение заболеваний опорно-двигательного аппарата, в том числе дорсопатии [15]. В настоящее время дегенеративно-дистрофические изменения позвоночного столба отождествляют с ОА позвоночника [2]. Позвоночник представляет собой трехсуставной комплекс, включающий остеофиты, ОА фасеточных суставов и сужение междискового пространства вследствие дегенерации межпозвонкового диска [3]. Несмотря на то что ОА традиционно рассматривают как возраст-ассоциированное заболевание, в данный момент отмечается тенденция к его омоложению [16, 17]. Значительно возросла доля пациентов с ОА в возрасте 60 лет и младше.



В исследовании «РЕАЛ» средний возраст составил 42 года, что подчеркивает значимость профилактики хронической боли у лиц трудоспособного возраста. Добавление препарата Алфлутоп, относящегося к классу DMOADs, к комплексной терапии способствовало значительному улучшению состояния пациентов. Это обусловлено тем, что препарат Алфлутоп может замедлять прогрессирование и структурное повреждение сустава. Как следствие – уменьшение выраженности симптомов, в том числе боли, и улучшение функции сустава [8, 9, 18–20]. Исследование «РЕАЛ» еще раз подчеркнуло роль препарата Алфлутоп как безопасного и эффективно-го средства, не требующего назначения (снижения дозы) других лекарственных средств. Это крайне важно для пациентов любого возраста с артериальной гипертензией, поскольку боль, будучи еще одним фактором риска развития цереброваскулярных заболеваний, наряду с гипертензией увеличивает вероятность возникновения сосудистых катастроф [21, 22]. Полученные данные коррелируют с результатами исследования «Искра», в котором оценивалась эффективность препарата Алфлутоп у коморбидных пациентов с ОА и болью в спине [19]. В нем также зафиксировано уменьшение потребности в НПВП у 94,5% пациентов при более быстром снижении интенсивности боли и повышении качества жизни в отсутствие нежелательных реакций терапии. Количество сульфатных групп и соотношение хондроитина сульфатов (ХС) в биоактивном концентрате мелких морских рыб (Алфлутоп) соответствует составу хряща человека, что определяет высокий уровень его эффективности [22]. Наличие одновременно X-4-С и X-6-С способствует сохранению воды в толще хряща, повышению прочности соединительной ткани, препятствует резорбции костной

ткани, ускоряет процессы ее репарации, уменьшает потерю кальция, замедляет прогрессирование ОА и улучшает фосфорно-кальциевый обмен в хрящевой ткани. Дерматансульфат способствует повышению упругости и жесткости хрящевой конструкции, препятствуя ее проседанию. Кератансульфат модулирует активность факторов роста. Микроэлементы комплексно влияют на активность ферментов. Насыщенный аминокислотный состав способствует поддержанию обменных процессов в хряще и мягких тканях. Синергия компонентов препарата Алфлутоп обеспечивает комплексное действие и высокую клиническую эффективность. Эффективность препарата Алфлутоп, как правило, не уступает таковой препаратов с монокомпонентным составом [10]. Выраженные иммуномодулирующие и противовоспалительные эффекты биоактивного концентрата мелких морских рыб позволяют снижать выраженность хронического воспаления, тем самым предупреждая хронизацию процесса, так как повышение частоты эпизодов боли сопряжено с нейровоспалением и повышением уровня цитокинов (фактора некроза опухоли альфа, интерлейкина-1 бета) при хронической (неспецифической) боли в нижней части спины. Возможность воздействия на центральную сенсibilизацию – еще одно преимущество данного лекарственного средства [14].

Заключение

Проблема терапии скелетно-мышечной боли пока далека от решения, однако существуют методы с высоким уровнем доказательности, позволяющие улучшить качество жизни пациентов, снизить интенсивность боли и частоту обострений. Одним из таких методов является включение в схему комплексной терапии препарата Алфлутоп как безопасного и эффективного средства. *

Литература

1. Xu S., Chen J., Wang C., et al. Global, regional, and national burden of low back pain for adults aged 55 and older 1990–2021: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *BMC Musculoskelet. Disord.* 2025; 26 (1): 81.
2. Li B., Yang Z., Li Y., et al. Exploration beyond osteoarthritis: the association and mechanism of its related comorbidities. *Front. Endocrinol. (Lausanne)*. 2024; 15: 1352671.
3. Lawford B.J., Bennell K.L., Haber T., et al. Osteoarthritis year in review 2024: rehabilitation and outcomes. *Osteoarthritis Cartilage*. 2024; 32 (11): 1405–1412.
4. Rometsch C., Martin A., Junne F., Cosci F. Chronic pain in European adult populations: a systematic review of prevalence and associated clinical features. *Pain*. 2025; 166 (4): 719–731.
5. Путилина М.В., Теплова Н.В., Наумов А.В. Хронические болевые синдромы в МКБ-11. Концепция комплексной терапии. *Медицинский алфавит*. 2021; 14: 7–12.
6. Mills S.E.E., Nicolson K.P., Smith B.H. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *Br. J. Anaesth.* 2019; 123 (2): e273–e283.
7. Путилина М.В., Теплова Н.В., Герасимова О.С. Концепция синдромальных диагнозов остеоартрита и боль в спине как причина неэффективности медикаментозной терапии. *Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2021; 14 (3): 407–414.
8. Pozzuoli A., Belluzzi E., Ruggieri P. Editorial: new trends in osteoarthritis treatment. *Front. Med. (Lausanne)*. 2024; 11: 1372052.
9. Шавловская О.А., Громова О.А., Кочиш А.Ю. и др. Болезнь-модифицирующие остеоартрит препараты (DMOADs) – новые тенденции в терапии пациентов с остеоартритом. *Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2023; 16 (3): 482–499.
10. Путилина М.В., Шабалина Н.И. Результаты наблюдательной программы «НОСТАЛЬГИЯ» (НОВые Стратегии Терапии АЛГИческих синдромов нижней части спины у пациентов с постковидным синдромом). *Медицинский совет*. 2023; 17 (3): 44–51.
11. Левин О.С., Мосейкин И.А., Казакова Т.В. и др. Эффективность алфлутопа при вертеброгенной цервикобрахиалгии. *Фарматека*. 2008; 6 (160): 52–59.



АЛФЛУТОП

ЗДОРОВЬЕ СУСТАВОВ В НАДЕЖНЫХ РУКАХ



ОРИГИНАЛЬНЫЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ

ЕДИНСТВЕННЫЙ БИОАКТИВНЫЙ КОНЦЕНТРАТ

ПРИРОДНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ²

↓ СНИЖАЕТ ЧИСЛО ОБОСТРЕНИЙ БОЛИ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ОА³

ОБШИРНАЯ ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ БАЗА
В Т. Ч. ПЛАЦЕБО-КОНТРОЛИРУЕМЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ³

90% ПАЦИЕНТОВ ПРИВЕРЖЕНЫ
К ТЕРАПИИ АЛФЛУТОПОМ⁴

alfluto.ru
здоровьесуставов.рф



Старт активной жизни

УНИКАЛЬНАЯ КОМБИНАЦИЯ ПРИРОДНЫХ КОМПОНЕНТОВ¹

- ✓ Специально подобранный состав
- ✓ Комплексный подход для свободы движений
- ✓ Поддержка активной жизни

БИОТЕХНОС

БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ



¹ Согласно данным базы ЕКО «Аннотации Синонимы» «Показатели аудита ГРС и БАД в РФ», на российском розничном рынке препаратов ООТ года бренда Алфлутоп является лидером по объему продаж в абсолютном, в рублях и в штуках, а также по средней цене за единицу лекарственного препарата группы МОВ (группа препаратов для лечения остеоартроза коленного сустава) (классификация ЕДНМРА) / 2. Исследования по медицинской применимости препарата Алфлутоп ГУ (ИП № 008640-ГУ-010) № 31.01.2025 гис.госрегистр.рф № 3. Кудачев АЕ. Биологический концентрат на основе экстракта рыбьего жира (одноэффетинксин) и биологически активных веществ (БАВ) в качестве средства для лечения остеоартроза коленного сустава. 2020. 14 (№ 3): 124-4. Жданов ИС. Крылатов ВС. Бондарев Ю. Фармакоэкономические анализ и сравнительная оценка модифицированных препаратов хондроитина дигидрата в лечении остеоартроза. Фармакология и Фармакоэкономика. 2022; 12(5): 52-60. 4. Достижения БАД. Рубрика: БАД № 141. 01.07.2023 в журнале 27. 44. (телефон горячей линии: 8000333247) Информация для работников: взаимодействие с распространителем на Медицинские мероприятия



12. Хабиров Ф.А., Рогожин А.А., Исмагилова А.А., Сабирова Л.Ф. Открытое проспективное исследование эффективности и безопасности терапии биоактивным концентратом мелких морских рыб у больных вертеброгенной люмбагои. Современная ревматология. 2022; 16 (3): 60–66.
13. Живолупов С.А., Данилов Ан.Б., Баранцевич Е.Р. и др. Эффективность и безопасность применения препарата Алфлутоп при лечении болевого синдрома в нижней части спины. Manage Pain. 2020; 1: 24–31.
14. Самарцев И.Н., Живолупов С.А., Баранцевич Е.Р., Данилов А.Б. Оценка терапевтической эффективности Алфлутопа в комплексном лечении пациентов с хронической болью в нижней части спины (наблюдательное исследование ЦЕЙТНОТ). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021; 121 (2): 24–30.
15. Путилина М.В., Гайкин А.В., Казакова Т.В. Дорсопатия поясничного отдела. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. М., 2007.
16. Kolasinski S.L., Neogi T., Hochberg M.C., et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. Arthritis Care Res. (Hoboken). 2020; 72 (2): 149–162.
17. Hayashi D., Roemer F.W., Guermazi A. Osteoarthritis year in review 2024: imaging. Osteoarthritis and Cartilage. 2024; 33 (1).
18. Лиля А.М., Таскина Е.А., Алексеева Л.И., Кашеварова Н.Г. Длительное многоцентровое наблюдательное исследование препарата Алфлутоп в России (сообщение 2). Современная ревматология. 2023; 17 (4): 75–85.
19. Таскина Е.А., Алексеева Л.И., Кашеварова Н.Г., Лиля А.М. Длительное многоцентровое наблюдательное исследование препарата Алфлутоп в России: применение у пациентов с остеоартритом коленных суставов (сообщение 4). Современная ревматология. 2024; 18 (4): 80–88.
20. Путилина М., Солдатов М. Церебральные инсульты в старческом возрасте. Особенности клинической картины, течение, лечение. Врач. 2006; 5: 29–34.
21. Путилина М.В., Натарова Э.Б. Особенности проявлений недостаточности мозгового кровообращения у пациентов молодого возраста. Российские медицинские вести. 2002; 1: 41–44.
22. Olariu L., Dumitriu B., Buse E., Rosoiu N. The in vitro effect of Alflutop® product on some extracellular signaling factors involved in the osteoarticular pathology inflammation. Academy of Romanian Scientists Annals Series on Biological Sciences. 2015; 4 (2): 7–18.

Results of a Multicenter Retrospective Study Evaluating the Duration of Effectiveness of Standard Therapy Regimens for Musculoskeletal Pain Including a Bioactive Concentrate of Small Marine Fish (Alflutop) in the Long-Term Period 'REAL'

M.V. Putilina, PhD, Prof.¹, N.I. Shabalina²

¹ N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

² Central Polyclinic 'Russian-Railroads-Medicine', Moscow

Contact person: Marina V. Putilina, profput@mail.ru

Objective – a three-year assessment of exacerbation frequency and disability days in patients with musculoskeletal pain syndromes receiving the bioactive concentrate of small marine fish Alflutop as part of combination therapy.

Material and methods. We analyzed 70 electronic medical records of patients from three diagnostic and clinical centers in Moscow diagnosed with M54.2, M54.4, M54.5, M54.8, M54.1 between 2023 and 2025. The mean age of patients (men – 48.6%, women – 51.4%) was 41.8 ± 0.8 years, the average disease duration was 5.4 ± 3.9 years. Among concomitant diseases, arterial hypertension and knee osteoarthritis prevailed. All medical records were equally divided into two groups. Patients in the first (main) group received combination therapy with non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) + a muscle relaxant + Alflutop 2 ml intramuscularly every other day, 10 injections in total, starting from the first day of consultation; patients in the second group (comparison group) received NSAIDs + a muscle relaxant.

Results. Analysis of medical records of patients with non-specific musculoskeletal back pain over the entire follow-up period (2023–2025) confirmed the high efficacy and safety of combination therapy including the bioactive concentrate of small marine fish Alflutop. In the main group, the annual exacerbation frequency was 1.9 ± 0.6 , the number of disability days was 10.8 ± 1.3 ; in the comparison group – 3.4 ± 0.9 and 14.4 ± 1.0 , respectively. The annual exacerbation rate in the second group was 1.8 times higher than in the first group ($p < 0.01$). In patients of the main group, after three courses of therapy, the overall reduction in exacerbation frequency was 42.1% along with a decreased need for NSAIDs without adjustment of antihypertensive therapy. The number of disability days decreased by 35.1%. Pain intensity objectively decreased. No patient required knee joint replacement. No adverse reactions related to Alflutop injections were recorded.

In patients of the comparison group, over the three year period, a less pronounced dynamics was observed: a reduction in exacerbation frequency by 11.7% along with an increased need for NSAIDs and adjustment of antihypertensive therapy; a decrease in the number of disability days by 15.27%. In this group, an increase in complaints of gastrointestinal problems and the need for adjustment of antihypertensive therapy were recorded. An increase in the number of patients diagnosed with knee osteoarthritis was noted. Five patients with a previously established diagnosis were recommended for joint replacement.

Keywords: musculoskeletal pain, knee osteoarthritis, dorsopathy, arterial hypertension, Alflutop