



Место Алфлутопа в лечении периартритов

Поражение параартикулярных тканей суставов, или периартрит, является одной из самых частых причин первичного обращения взрослого населения за ревматологической помощью. Пациенты, как правило, жалуются на боль, которая является следствием воспалительных и дегенеративных процессов. Перспективным методом локальной терапии данной патологии считается местное введение препарата Алфлутоп. Не случайно особый интерес у участников Всероссийского конгресса с международным участием «Дни ревматолога – 2019» вызвал доклад заведующего ревматологическим кабинетом Центральной клинической больницы с поликлиникой Управления делами Президента РФ, д.м.н. Николая Аркадьевича ХИТРОВА. Выступающий сделал акцент на возможностях применения препарата Алфлутоп в лечении периартритов.



Параартикулярные ткани – совокупность околоуставных и отдаленных от суставов тканей. Наиболее слабым звеном считается энтезис – место прикрепления сухожилия, связки, суставной сумки или фасции к кости. Не случайно энтезит (воспаление в энтезисе) и энтезиопатия (патология энтезисов) занимают лидирующие позиции среди разных поражений параартикулярных тканей.

Основным клиническим проявлением патологии является боль. Известно, что поражения опорно-двигательного аппара-

та прежде всего различаются по характеру боли. Если при остеоартрите боль механическая и усиливается при движениях, при артрите – воспалительная и постоянная, при нейропатии – не связана или мало связана с движением, то при периартрите боль возникает при определенных движениях.

Причины развития периартритов можно разделить на первичные и вторичные. К первичным причинам относятся острая травма, хроническая травматизация, хроническая механическая перегрузка. К вторичным – заболевания опорно-двигательного аппарата (остеоартриты, артриты, спондилоартриты, синдром дисплазии соединительной ткани), эндокринно-обменные нарушения (сахарный диабет, изменение жирового и кальциевого обмена, гиповитаминоз), нейротрофические нарушения, сосудистые расстройства, иммунные реакции, беременность.

Для диагностики периартрита используют ультразвуковое исследование и магнитно-резонансную томографию. По мнению

докладчика, для выявления заболевания лучше проводить рентгенологическое исследование. Так, энтезиопатии характеризуются кальцификацией, костным ремоделированием, эрозиями костей в местах прикрепления сухожилий и связок.

Плечевой сустав без преувеличения можно назвать периартритическим органом. Большая доля периартритов плеча представлена тенномиозитами мышц, составляющих так называемую манжету ротаторов плеча. Чаще всего поражаются дистальные отделы надостной и подлопаточной мышц в местах их прикрепления.

Механизм патологических изменений и боли связан с ущемлением мягкотканых структур костными структурами. Симптом столкновения демонстрируется с помощью пробы Дауборна, в отечественной литературе известной как тест болезненной дуги. Если при подъеме с отведением руки во фронтальной плоскости боль возникает на уровне 60–120°, скорее всего больной страдает бурситом. Возникновение боли



Всероссийский конгресс с международным участием «Дни ревматолога – 2019»

при отведении руки на 160–180° позволяет предположить патологию акромиально-ключичного сустава, когда сустав сдавливается поднятой вверх плечевой костью. Если боль сопровождается отведение руки от 0 до 180° (особенно при сопротивлении отведению), можно заподозрить патологию надостной мышцы¹.

Н.А. Хитров подчеркнул необходимость дифференцировать периартрит плеча от вертеброгенной цервикалгии. Для вертеброгенной цервикалгии характерна боль при перкуссии и движении шеи. При этом она распространяется по всей руке. Кроме того, отмечаются сенсорные, моторные и трофические нарушения в конечности.

Среди периартритов локтевого сустава выделяют внешний (локоть игрока в теннис) и внутренний (локоть игрока в гольф) эпикондилит. Наиболее распространен внешний эпикондилит.

При эпикондилите пациент обычно точно указывает место наибольшей болезненности, соответствующее наружному надмыщелку плечевой кости².

На патологию мягких тканей среди заболеваний, индуцирующих боль в области спины, приходится 72%³. Нередкой причиной являются тендиниты и энтезиты в месте прикрепления *musculus sacrospinalis*, перехода длинной спинной мышцы в сухожилие, прикрепления *musculus gluteus maximus*, перехода *musculus tensor fasciae latae* в ягодичную фасцию, в поперечно-крестцовом сочленении, в месте повреждения над- и межостных связок^{4, 5}. Данные

заболевания просты в диагностике и хорошо поддаются лечению. В качестве проявления энтезита некоторые авторы рассматривают грудно-ключичный и грудно-реберный хондрит (синдром Титце). Отмечается неспецифический обратимый болезненный отек второго (в 60% случаев) или третьего реберного хряща. Боль четко локализована, может иррадиировать по передней поверхности грудной клетки, в надплечье и шею. Иногда регрессирует спонтанно через две-три недели и более. Покраснение, повышение температуры и другие изменения кожи над областью поражения отсутствуют⁶.

В отношении тазобедренного сустава – наиболее часто встречается поражение ягодичной мышцы, бурсит вертельной сумки, энтезит большого вертела. Если боль постоянная, можно предположить вертельный бурсит, усиливается при ходьбе – энтезопатию отводящих мышц.

Распространенными вариантами поражения параартикулярных тканей коленного сустава считаются энтезопатия и теномиозит «гусиной лапки». «Гусиная лапка поверхностная» (*pes anserinus superficialis*) – место прикрепления объединенного сухожилия портняжной, тонкой и полусухожильной мышц на антеромедиальной поверхности проксимального эпифиза большеберцовой кости⁷.

Если плечо – периартритный орган, то стопу из-за высокой частоты энтезитов называют энтезитным органом. Одним из наиболее частых проявлений пато-

логии является пяточная шпора. Пяточная шпора располагается в месте энтезиса по ходу прикрепления подошвенной фасции или ахиллова сухожилия к пяточной кости. Поэтому пяточная шпора нередко ассоциируется с подошвенным фасциитом, воспалением ахиллова сухожилия.

В лечении периартритов ведущее место отводится трем составляющим: исключение провоцирующих факторов, щадящий ограничительный двигательный режим и локальная инъекционная терапия. Показаны также анальгетики, миорелаксанты, седативные препараты. После обострения для улучшения обменно-трофических процессов рекомендуются массаж, лечебная физкультура и т.д.

Поскольку в патогенезе энтезитов главную роль играют энтезитный стресс, энтезитное воспаление и дегенеративная перестройка, в схему лечения следует добавить структурномодифицирующий противовоспалительный препарат. Именно такими свойствами обладает биоактивный препарат Алфлутоп.

В состав Алфлутопа входит комплекс сбалансированных элементов матрикса хряща: сульфатированные гликозаминогликаны, аналогичные матриксу гиалинового хряща: хондроитин-4-сульфат, хондроитин-6-сульфат, дерматансульфат, кератансульфат, низкомолекулярные полипептиды (50 000 Мм), глюконовая кислота, свободные аминокислоты, а также микроэлементы (Na, K, Ca, Mg, Fe, Cu, Zn), имеющие

¹ Neer C.S. Impingement lesions // Clin. Orth. 1983. Vol. 173. P. 70–77.

² Walz D.M., Newman J.S., Konin G.P., Ross G. Epicondylitis: pathogenesis, imaging, and treatment // Radiographics. 2010. Vol. 30. № 1. P. 167–184.

³ Deyo R.A., Weinstein J.N. Low back pain // N. Engl. J. Med. 2001. Vol. 344. № 5. P. 363–370.

⁴ Маркс В.О. Ортопедическая диагностика. Минск: Наука и техника, 1978.

⁵ Dixon A.St., Graber J. Local infection therapy in rheumatic diseases, 1983.

⁶ Подчуфарова Е.В. Скелетно-мышечные боли в грудной клетке // Consilium Medicum. 2006. Т. 8. № 8. С. 33–39.

⁷ Curtis B.R., Huang B.K., Pathria M.N. et al. Pes anserinus: anatomy and pathology of native and harvested tendons // AJR Am. J. Roentgenol. 2019.



большое значение для обменных процессов соединительной ткани.

Такой состав обуславливает высокую биологическую активность препарата, прежде всего в отношении внешних рецепторов клеток, в частности CD44. Доказано, что Алфлутоп способен препятствовать фрагментации внеклеточного матрикса, защищая рецепторы, вовлекаемые в воспалительную реакцию, и блокировать сигнальные пути, активируемые фрагментами матрикса.

В российском двухлетнем рандомизированном двойном слепом плацебоконтролируемом исследовании симптом- и структурно-модифицирующего действия Алфлутопа было продемонстрировано достоверное различие в абсолютной величине интенсивности боли между группами терапии. В группе Алфлутопа более значимое достоверное снижение боли наблюдалось уже во время первого визита. Структурно-модифицирующее действие Алфлутопа усиливалось к шестому визиту⁸.

Н.А. Хитров кратко перечислил основные механизмы действия Алфлутопа:

- реконструктивный и регенеративный:
 - стимулирует пролиферацию хондробластов;
 - снижает активность гиалуронидазы;
 - увеличивает экспрессию гиалуронан-синтазы;
 - стимулирует синтез агрекана;
 - снижает активность агрекназы (ADAMTS4);
- противовоспалительный – уменьшает внеклеточное вы-

В лечении периартритов ведущее место отводится трем составляющим: исключение провоцирующих факторов, щадящий ограничительный двигательный режим и локальная инъекционная терапия. Показаны также анальгетики, миорелаксанты, седативные препараты. После обострения для улучшения обменно-трофических процессов рекомендуются массаж, лечебная физкультура и т.д.

свобождение провоспалительных цитокинов: интерлейкина 6 и интерлейкина 8;

■ антиоксидантный:

- увеличивает активность каталазы;
- уменьшает содержание внутриклеточных супероксиданиона и пероксид водорода.

На восьмой Европейской выставке инноваций и изобретений (май 2016 г.) исследователи наградили золотой медалью и дипломом за изучение влияния Алфлутопа на хондроциты на молекулярно-клеточном уровне.

Полученные ими результаты в совокупности с результатами о вызванной Алфлутопом *in vitro* модуляции важных медиаторов воспаления (интерлейкинов 6 и 8, фактора эндотелиального роста) служат подтверждением хондровосстановительного эффекта^{9,10}.

Хондропротективное и противовоспалительное свойства Алфлутопа побудили использовать его для лечения энтезопатий плечевого сустава.

Больному за одну процедуру по трем болевым точкам, соответствующим энтезисам пора-

женных мышц, в стерильных условиях вводят 2 мл Алфлутопа с 15 мл 0,25%-ного новокаина. Процедуру повторяют два раза в неделю. Общее количество инъекций – пять.

Эффективность лечения Алфлутопом периартрита плечевого сустава была продемонстрирована в собственном исследовании. Согласно полученным данным, улучшение отмечалось в 87% случаев.

На сегодняшний день накоплен положительный опыт применения Алфлутопа при разных дегенеративных заболеваниях суставов и позвоночника. Алфлутоп можно вводить внутримышечно, внутрисуставно, периартикулярно, паравертебрально.

На фоне терапии болей в спине улучшение достигается в 92,8% случаев, анзеринита – в 88,9%, эпикондилита – в 90%, трохантерита – в 100% случаев.

В заключение Н.А. Хитров констатировал, что локальное лечение Алфлутопом легко выполнимо, хорошо переносится, имеет выраженный клинический эффект. ☺

⁸ Алексеева Л.И., Шарпова Е.П., Таскина Е.А. и др. Многоцентровое слепое рандомизированное плацебоконтролируемое исследование симптом- и структурно-модифицирующего действия препарата Алфлутоп у больных остеоартрозом коленных суставов. Сообщение 1 – оценка симптом-модифицирующего действия препарата // Научно-практическая ревматология. 2013. Т. 51. № 5. С. 532–538.

⁹ Olariu L., Dumitriu B., Buse E., Rosoiu N. The *in vitro* effect of Alflutop® product on some extracellular signaling factors involved in the osteoarthritic pathology inflammation // Academy of Romanian Scientists Annals Series on Biological Sciences. 2015. Vol. 4. № 2. P. 7–18.

¹⁰ Olariu L., Dumitriu B., Ene D.M. et al. Alflutop® modulates “*in vitro*” relevant mechanisms of osteoarthritic pathology // Academy of Romanian Scientists Annals Series on Biological Sciences. 2017. Vol. 6. № 1. P. 82–99.