



Современная концепция лечения остеоартрита



В рамках XIX Всероссийской Школы ревматологов им. академика В.А. Насоновой «Ревматология: характер – системный» при поддержке 14 марта 2020 г. состоялась ревматологическая образовательная сессия. Ведущие российские эксперты в области ревматологии рассказали об основных звеньях патогенеза остеоартрита, обсудили новые возможности терапии заболевания в реальной клинической практике. В ходе сессии докладчиками были представлены убедительные данные об эффективности и безопасности симптом-модифицирующих препаратов замедленного действия, в частности препарата Алфлутон, которые уменьшают боль и улучшают функцию суставов, а также замедляют темпы прогрессирования остеоартрита.



XIX Всероссийская Школа ревматологов им. академика В.А. Насоновой «Ревматология: характер – системный»

Инфламеджинг и остеоартрит: современная концепция

Как отметил директор Научно-исследовательского института ревматологии им. В.А. Насоновой (НИИР им. В.А. Насоновой), д.м.н., профессор Александр Михайлович ЛИЛА, остеоартрит (ОА) представляет собой гетерогенную группу заболеваний различной этиологии, в основе которых лежит поражение суставов.

Остеоартрит ассоциируется с высоким уровнем коморбидности и сопровождается выраженными психоэмоциональными изменениями, такими как нарушение восприятия боли, развитие депрессии и тревожности¹.

При неконтролируемом течении патологии высок риск эндопротезирования суставов. В связи с этим основная задача терапевтической помощи больным ОА – не допустить прогрессирования процесса, воздействуя на ключевые звенья патогенеза.

Современные данные подтверждают роль нарушений врожденного иммунитета в развитии ОА. У пациентов с ОА отмечается избыточный макрофагальный ответ на повреждение, что приводит к возникновению хронического воспаления².

На врожденный иммунитет влияют два вида стресса: механический и метаболический. Механический стресс, обусловленный травмой вследствие патологической нагрузки на ткани, вызывает локальное субклиническое воспаление, например при раннем посттравматическом ОА. В случае метаболического стресса происходит активация врожденного иммунитета в ме-

таболически активных тканях, развивается системное субклиническое воспаление, в частности при раннем ОА, ассоциированном с метаболическим синдромом¹.

Развитие системного воспаления при ОА обусловлено нарушением поляризации макрофагов. При ОА нарушается дифференциация между классическими М1-макрофагами (продукция интерлейкина (ИЛ) 1, фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа), факторов роста, медиаторов воспаления и боли) и альтернативными М2-макрофагами (эрадикация клеток воспалительного ответа, цитокинов, медиаторов воспаления, продукция противовоспалительных цитокинов – ИЛ-4 и ИЛ-10)³. При ОА спектр смещается в сторону М1-макрофагов, которые индуцируют и поддерживают воспалительный процесс.

Как уже отмечалось, ОА – коморбидное состояние. Провоспалительные медиаторы, связанные с этим заболеванием, оказывают системные эффекты. Так, провоспалительные цитокины при ОА являются индукторами болезни Альцгеймера, инсульта, инфаркта у пациентов старшей возрастной группы. Сегодня этот процесс определяют как инфламеджинг – возрастное воспаление⁴.

Изучение ОА с позиции возрастного воспаления позволяет сформулировать подходы не только к лечению ОА, но и к профилактике его развития. Важным вкладом в профилактику костно-мышечных заболеваний является



Д.м.н., профессор
А.М. Ли́ла

проведение программ, направленных на информирование населения об ОА. Примером такой программы служит социально-профилактическая программа «Здоровье суставов в надежных руках», разработанная при поддержке НИИР им. В.А. Насоновой, Ассоциации ревматологов России, Российского научного медицинского общества терапевтов с участием волонтерских организаций и при поддержке фармацевтической компании «Биотехнос». Ее целью является сохранение и укрепление здоровья россиян.

Современный алгоритм лечения ОА коленных суставов, представленный экспертами Европейского общества по клиническим и экономическим аспектам остеопороза и остеоартрита (European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis – ESCO) в 2019 г., предполагает комбинирование нефармакологических и фармакологических методов. На первом этапе рекомендованы информирование и образование больных, снижение веса при его избыточ-

¹ Berenbaum F. Osteoarthritis as an inflammatory disease (osteoarthritis is not osteoarthritis!) // Osteoarthritis Cartilage. 2013. Vol. 21. № 1. P. 16–21.

² Griffin T.M., Scanzello C.R. Innate inflammation and synovial macrophages in osteoarthritis pathophysiology // Clin. Exp. Rheumatol. 2019. Vol. 37. Suppl. 120. № 5. P. 57–63.

³ Zhang H., Cai D., Bai X. Macrophages regulate the progression of osteoarthritis // Osteoarthritis Cartilage. 2020. Pii: S1063-4584(20)30032-7.

⁴ Ferrucci L., Fabbri E. Inflammaging: chronic inflammation in ageing, cardiovascular disease, and frailty // Nat. Rev. Cardiol. 2018. Vol. 15. № 9. P. 505–522.

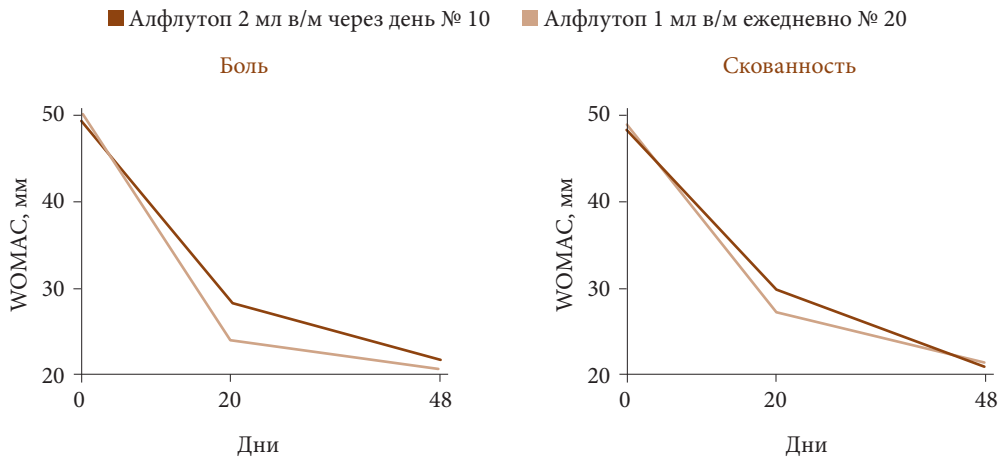


Рис. 1. Динамика боли и скованности, определяемых по WOMAC, в зависимости от режима применения препарата Алфлутоп

ности, лечебная физкультура. При необходимости пациентам показана коррекция оси конечности с использованием коленного бандажа, ортопедической стельки. Трость, костыли, ходунки, мануальную терапию и гидротерапию добавляют на любом этапе лечения при сохранении симптомов ОА. Среди фармакологических методов на первом этапе применяют симптоматические медленно действующие препараты (SYmptomatic Slow Acting Drugs for OsteoArthritis – SYSADOA) (глюкозамин/хондроитин), при необходимости парацетамол. В случае сохранения симптомов используют местные нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)⁵. Безусловно, на раннем этапе развития ОА при помощи нефармакологических и фармакологических средств можно предотвратить его прогрессирование. Препараты группы SYSADOA не только уменьшают болевой синдром и улучшают функци-

ональную активность сустава, но и препятствуют хронизации болевого синдрома и прогрессированию заболевания. Установлено, что представитель данной группы – препарат Алфлутоп обладает доказанным структурно-модифицирующим и противовоспалительным действием, анальгезирующей и регенераторной активностью. Эффективность Алфлутопа была оценена в исследовании у больных ОА коленного сустава. Пациенты первой группы получали Алфлутоп по 2 мл внутримышечно (в/м) через день, всего десять инъекций, пациенты второй группы – по 1 мл в/м ежедневно в течение 20 дней. Препарат продемонстрировал сопоставимую эффективность как при стандартном (1 мл ежедневно), так и при альтернирующем (2 мл через день) режиме. В обеих группах на фоне лечения отмечены значимое уменьшение выраженности боли, улучшение функции коленных суставов и качества жизни пациентов

(рис. 1)⁶. Так, среднее изменение боли, оцениваемой по индексу выраженности остеоартрита Университетов Западного Онтарио и МакМастера (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index – WOMAC), составило -28,5 мм в группе Алфлутопа 1 мл в/м ежедневно и -26,5 мм в группе Алфлутопа 2 мл в/м через день, скованности – -25,1 и -25,5 мм соответственно.

Докладчик подчеркнул, что, по мнению экспертов ESCEO, внутрисуставное введение глюкокортикостероидов показано на втором этапе терапии ОА для снижения выраженности воспалительного процесса.

Короткие курсы слабых опиоидов и дулоксетин рекомендованы на третьем этапе лечения в качестве «последней» фармакологической попытки. Хирургические методы у пациентов применяются при значительно выраженных клинических проявлениях ОА и снижении качества жизни в случае неэффективности консервативной терапии.

По мнению профессора А.М. Лилы, к перспективным методам лечения следует отнести ингибиторы ADAMTS-5 или антигранулоцитарно-макрофагального колониестимулирующего фактора (Colony Stimulating Factor 2 (Granulocyte-Macrophage) – GM-CSF), ингибиторы Wnt-пути и другие методы, в отношении которых сейчас проводятся клинические исследования.

Таким образом, в основе развития хронических заболеваний у лиц старшей возрастной группы лежит инфлаемиджинг, что диктует необходимость комплексного подхода к терапии ОА в данной популяции.

⁵ Bruyère O., Honvo G., Veronese N. et al. An updated algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (ESCEO) // Semin. Arthritis Rheum. 2019. Vol. 49. № 3. P. 337–350.

⁶ Алексеева Л.И., Таскина Е.А., Лиля А.М. и др. Многоцентровое проспективное рандомизированное исследование эффективности и безопасности препарата Алфлутоп® в альтернирующем режиме по сравнению со стандартным режимом. Сообщение 1: оценка эффективности препарата при различных схемах применения // Современная ревматология. 2019. Т. 13. № 3. С. 51–59.



XIX Всероссийская Школа ревматологов им. академика В.А. Насоновой «Ревматология: характер – системный»

Новые аспекты лечения остеоартрита

Руководитель отдела метаболических заболеваний костей и суставов с центром профилактики остеопороза НИИР им. В.А. Насоновой, д.м.н., профессор Людмила Ивановна АЛЕКСЕЕВА подробно остановилась на новых подходах к лечению остеоартрита.

В настоящее время ОА занимает первое место среди заболеваний опорно-двигательного аппарата у лиц пожилого возраста. Около 80% населения России в возрасте от 50 до 60 лет уже страдают данным заболеванием. При этом более 50% имеют те или иные ограничения в движении, 25% не справляются с основными повседневными обязанностями. В популяции 80-летних встречаемость ОА составляет 100%. До 30% пациентов с ОА имеют инвалидность⁷.

В ряде международных исследований также продемонстрировано медико-социальное бремя ОА. Установлено, что ОА – самая частая форма артрита. Распространенность ОА коленных суставов составляет 3,8%, более 250 млн популяции. Остеоартриты коленных и тазобедренных суставов занимают 11-е место в списке заболеваний, приводящих к нетрудоспособности⁸. Риск преждевременной смерти у таких пациентов повышен⁹.

Кроме того, остеоартрит является одной из составляющих таких наиболее частых диад и триад, как артрит/артериальная гипертензия (АГ), артрит/сахарный диабет (СД), артрит/бронхиальная астма (БА), артрит/СД/АГ, артрит/БА/

АГ, артрит/хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)/АГ. В настоящее время доказана связь между метаболическим синдромом и прогрессированием заболеваний суставов. В частности, ожирение признано одним из факторов риска развития ОА и многих других заболеваний, связанных с метаболическими нарушениями, таких как СД, заболевания сердечно-сосудистой системы, АГ, хроническая болезнь почек. Увеличение массы тела сопровождается воспалением с увеличенной продукцией адипокинов и провоспалительных цитокинов, вызывающих поражение хряща, кости и синовиальной оболочки. Сахарный диабет также приводит к развитию неспецифического воспаления у больных ОА. Частота ОА у пациентов с СД достигает 30%. Установлено, что гипергликемия способствует возникновению воспаления и дегенерации хряща, влияет на синовиальную оболочку, определяет поражение субхондральной кости. Кроме того, при СД изменяется метаболизм хондроцитов. Речь, в частности, идет об уменьшении хондрогенной дифференциации мезенхимальных, мышечных и адипозных мезенхимальных клеток.

В условиях высокой коморбидности лечение ОА представляет трудную задачу. При выборе терапии большое значение отводится ее безопасности. Именно поэтому в современной медицине особое внимание отводится SYSADOA – базисным препаратам, доказавшим высокий уровень безопасности, в частности препарату Алфлутоп.



Д.м.н., профессор
Л.И. Алексеева

В состав Алфлутопа входят хондроитина сульфат (хондроитина-4-сульфат и хондроитина-6-сульфат), аминокислоты, пептиды, ионы натрия, калия, кальция, магния, железа, меди и цинка. Его противовоспалительное и регенерирующее воздействие основано на угнетении активности гиалуронидазы и нормализации биосинтеза гиалуроновой кислоты (рис. 2). Кроме того, Алфлутоп способен снижать экспрессию провоспалительных цитокинов (ИЛ-6, ИЛ-1-бета, ИЛ-8) и фактора роста эндотелия сосудов (см. рис. 2). Таким образом препарат способствует уменьшению резорбции субхондральной кости и замедлению неоваскуляризации, который всегда сопровождает хроническое воспаление.

Далее профессор Л.И. Алексеева представила результаты многоцентрового рандомизированного плацебоконтролируемого исследования симптом- и структурно-модифицирующего действия препарата Алфлутоп у больных ОА коленного сустава¹⁰. Подтверждением достоверности

⁷ Здравоохранение в России: статистический сборник. М.: Росстат, 2013.

⁸ Cross M., Smith E., Hoy D. et al. The global burden of hip and knee osteoarthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study // Ann. Rheum. Dis. 2014. Vol. 73. № 7. P. 1323–1230.

⁹ Leyland K.M., Gates L.S., Sanchez-Santos M.T. et al. Knee osteoarthritis and the risk of premature mortality in the community: an international individual patient level meta-analysis in 9889 subjects // Osteoarthritis Cartilage. 2017. Vol. 25. Suppl. 1. P. S29–S30.

¹⁰ Алексеева Л.И., Шаранова 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.



Рис. 2. Механизм действия препарата Алфлутоп



Рис. 3. Динамика показателей WOMAC в разных группах терапии

результатов исследования стало их соответствие данным, полученным в популяциях пациентов, завершивших исследование без нарушения протокола (Per protocol population – PP), и популяциях, предназначенных для лечения (Intend to Treat – ITT). В данном исследовании анализ динамики боли проводили

как в PP, так и в ITT. В группе Алфлутопа в обеих популяциях отмечено достоверное снижение суммарного значения WOMAC и болевого синдрома (рис. 3). Оценка качества жизни по опроснику EQ-5D показала, что в группе Алфлутопа достоверное улучшение наблюдалось к шестому визиту. В группе

плацебо такого достигнуто не было.

В группе Алфлутопа на терапии ответили 73%, в группе плацебо – 40%. Различия составили 33% и оказались достоверными при учете критерия χ^2 Пирсона ($p = 0,001$) и двустороннего точного критерия Фишера ($p = 0,002$).

Кроме того, к концу наблюдения на фоне лечения Алфлутопом 79% пациентов снизили суточную дозу НПВП (рис. 4). В группе плацебо снижение суточной потребности в НПВП наблюдалось только у 23% больных.

Результаты исследования подтвердили противовоспалительное и симптом-модифицирующее действие препарата Алфлутоп.

В ходе дальнейших наблюдений проведена оценка динамики рентгенографических изменений суставов. Через два года отрицательная динамика достоверно реже наблюдалась в группе Алфлутопа по сравнению с группой плацебо (6,1 и 38,4% пациентов соответственно). В группе Алфлутопа уменьшились размеры остеофитов, выраженность субхондрального остеосклероза.

Для оценки деградации хряща с помощью иммуноферментного анализа определяли уровни биохимических маркеров СТХ-II (carboxyterminal cross-linking telopeptide of bone collagen) и олигомерного матричного белка хряща в начале наблюдения и через два года. Через два года у получавших Алфлутоп достигнуто достоверное снижение уровня маркера деградации хряща СТХ-II, что свидетельствовало о замедлении прогрессирования ОА (таблица, рис. 5).

Важным шагом в оптимизации лечения ОА является повышение приверженности пациентов терапии. Использование эффективных доз препаратов по альтернирующей схеме (через день) позволяет улучшить



XIX Всероссийская Школа ревматологов им. академика В.А. Насоновой «Ревматология: характер – системный»

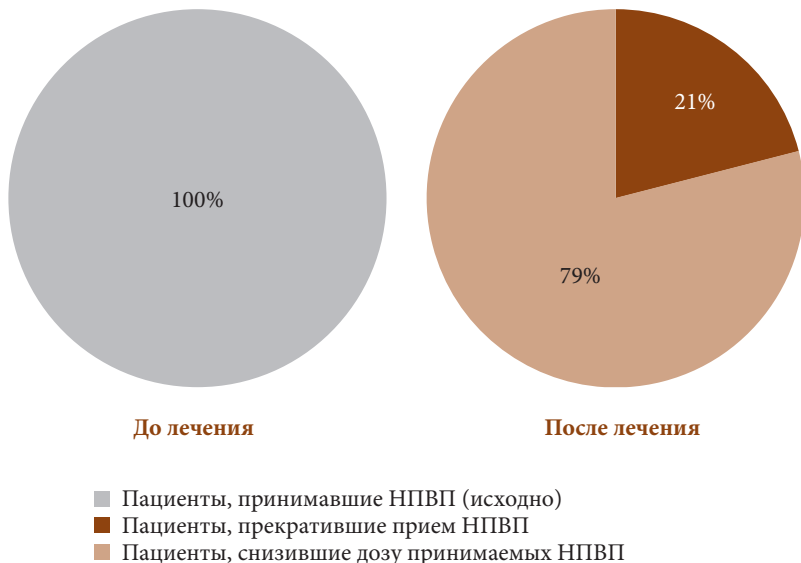


Рис. 4. Влияние терапии препаратом Алфлутоп на потребность пациентов в НПВП и уменьшение их суточной дозы

приверженность лечению особенно при наличии коморбидных состояний. В качестве примера выступающая представила результаты собственного исследования. Было проведено многоцентровое открытое рандомизированное контролируемое клиническое исследование эффективности и переносимости препарата Алфлутоп в разных режимах введения. В нем участвовали 130 пациентов с ОА коленного сустава с или без сопутствующих заболеваний и нарушений. Возраст больных – от 40 до 75 лет. Участников исследования разделили на равные группы. В одной группе Алфлутоп вводили в/м по 2 мл через день (всего десять инъекций), во второй – по 1 мл в/м ежедневно в течение 20 дней⁶. Почти у 70% пациентов с ОА отмечены коморбидные состояния, такие как АГ, дислипидемия, ожирение и СД 2 типа. Анализ данных продемонстрировал высокую эффективность Алфлутопа независимо от режима введения. В конце лечения зафиксировано статистически значимое уменьшение боли

в коленных суставах и всех показателей WOMAC (боль, скованность, функциональная недостаточность). Существенных различий между двумя схемами лечения не выявлено. Оценка эффективности по критерию ответа на лечение OMERACT-OARSI (Outcome Measures in Rheumatoid Arthritis Clinical Trials – OsteoArthritis Research Society International) оказалась высокой в обеих группах (рис. 6). Нежелательных явлений, связанных с применением Алфлутопа, и серьезных нежелательных явлений зарегистрировано не было. Алфлутоп не ухудшал течение сопутствующих заболеваний и состояний, в том числе артериальной гипертензии, СД 2 типа, дислипидемии. В заключение профессор Л.И. Алексеева подчеркнула, что Алфлутоп в течение многих лет широко используется в клинической ревматологической практике, обладает солидной доказательной базой эффективности и безопасности и является препаратом выбора для лечения ОА.

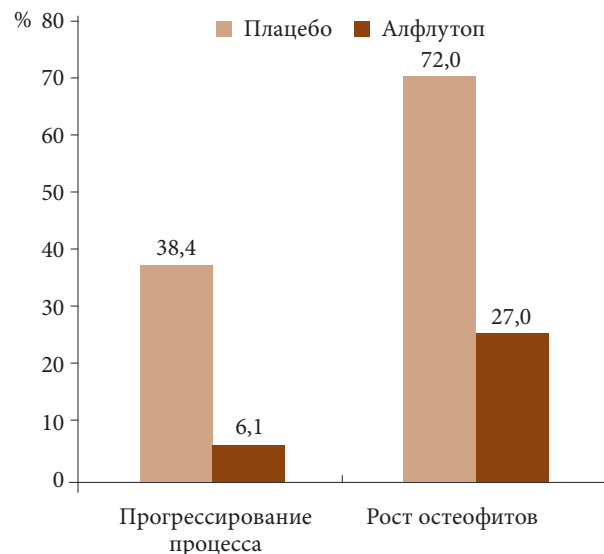


Рис. 5. Влияние разных видов терапии на прогрессирование остеоартрита

Динамика СТХ-II в разных группах терапии, нг/ммоль

Группа	В начале наблюдения	Через два года
Алфлутоп	5,60 ± 4,40	4,08 ± 3,10
Плацебо	4,40 ± 2,97	4,60 ± 3,60

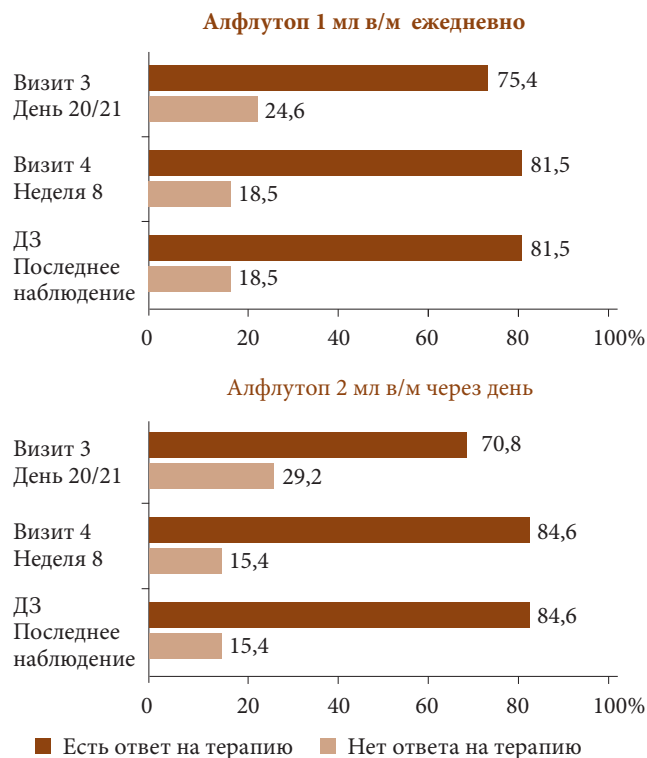


Рис. 6. Ответ на терапию по OMERACT-OARSI



Д.м.н., профессор
Н.А. Шостак

По словам заведующей кафедрой факультетской терапии им. А.И. Нестерова Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова (РНИМУ им. Н.И. Пирогова), д.м.н., профессора Надежды Александровны ШОСТАК, в последние годы все большее значение отводится вопросам тактики ведения коморбидных пациентов. У 50% больных артритом имеют место АГ, сердечно-сосудистые заболевания, ожирение, СД 2 типа и психические расстройства. У 50% страдающих БА и ХОБЛ выявляют артралгии, у 60% пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями – артрит¹¹.

При изучении тенденции коморбидности у пациентов с ОА коленного сустава (с 1996 по 2015 г.) установлено, что в данной популяции наиболее распространены сердечно-сосудистые заболевания¹². В формировании коморбидного фона у больных ОА все большее значение приобретают ожирение, депрессия, злоупотребление алкоголем и прием наркотиков.

Коморбидный пациент на амбулаторном приеме: клинический разбор

Остеоартрит ассоциируется с повышением риска общей смерти в 1,5 раза, сердечно-сосудистой – в 1,7 раза, начиная с 35-летнего возраста. Прежде всего это связывают со снижением уровня физической активности, с наличием сопутствующих заболеваний, неблагоприятными эффектами препаратов, используемых при ОА, и низкой приверженностью терапии из-за полипрагмазии¹³.

Не так давно опубликованы результаты первого исследования по оценке посреднической роли НПВП в развитии сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с ОА. В нем приняли участие 7743 больных. Показано, что 41% от общего влияния ОА на повышение риска сердечно-сосудистой патологии опосредовано приемом НПВП. Доля вторичных исходов составила 23% для хронической сердечной недостаточности, 56% для ишемической болезни сердца и 64% для острого нарушения мозгового кровообращения¹⁴.

В этой связи необходимо напомнить о категории больных с абсолютными противопоказаниями для назначения НПВП. Пожизненно НПВП противопоказаны пациентам, перенесшим аортокоронарное шунтирование, чрескожное коронарное вмешательство, реконструктивные операции на сонных, мозговых и позвоночных артериях. НПВП нельзя назначать больным с фибрилляцией предсердий, декомпенсированной хронической сердечной недостаточностью, при приеме ацетилсалициловой кислоты и клопидогреля, а также пер-

оральных антикоагулянтов. Так, совместное применение аспирина, ривароксабана и НПВП было значимым предиктором кровотечения в желудочно-кишечном тракте у пациентов пожилого возраста, принимавших НПВП для обезболивания. Риск развития кровотечения у них повышался в 39,77 раза¹⁵.

Далее докладчик представила результаты клинического наблюдения. Больная Т., 65 лет. Обратилась в университетскую клинику терапии и ревматологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова с жалобами на боль в межфаланговых суставах и деформацию суставов кистей, утреннюю скованность в течение пяти – десяти минут, боль в паховой области при ходьбе, усиливающуюся при спуске и подъеме по лестнице.

Пациентка в течение семи лет страдала генерализованной формой ОА. Лечилась короткими курсами НПВП, последние три месяца принимала глюкозамин – с умеренным положительным эффектом. Две недели назад у нее был диагностирован тромбоз глубоких вен левой голени без признаков флотации по данным ультразвуковой доплерографии. Начата терапия новыми пероральными антикоагулянтами (ривароксабаном 15 мг два раза в день).

Сопутствующие заболевания: железодефицитная анемия, миома матки. Состояние удовлетворительное. Индекс массы тела повышен – 36,4 кг/м². Асимметрии голеней нет, кожные покровы не изменены. Ограничение отведения в правом тазобедренном суставе из-за боли. Дефигурация

¹¹ Белялов Ф.И. Лечение болезней в условиях коморбидности. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.

¹² Spitaels D., Mamouris P., Vaes B. et al. Epidemiology of knee osteoarthritis in general practice: a registry-based study // BMJ Open. 2020. Vol. 10. № 1. P. e031734.

¹³ Nüesch E., Dieppe P., Reichenbach S. et al. All cause and disease specific mortality in patients with knee or hip osteoarthritis: population based cohort study // BMJ. 2011. Vol. 342. ID d1165.

¹⁴ Atiquzzaman M., Karim M.E., Kopec J. et al. Role of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) in the association between osteoarthritis and cardiovascular diseases: a longitudinal study // Arthritis Rheum. 2019. Vol. 71. № 11. P. 1835–1843.

¹⁵ McDonald D.D. Predictors of gastrointestinal bleeding in older persons taking nonsteroidal anti-inflammatory drugs: results from the FDA adverse events reporting system // J. Am. Assoc. Nurse Pract. 2019. Vol. 31. № 3. P. 206–213.



XIX Всероссийская Школа ревматологов им. академика В.А. Насоновой «Ревматология: характер – системный»

коленных суставов за счет пролиферативных изменений, крепитация при движениях в коленных суставах, узелки Гебердена.

По данным лабораторных и инструментальных исследований: снижение уровня гемоглобина в крови, тромбоцитоз, скорость оседания эритроцитов – 18 мм/ч, анизоцитоз, гипохромия. Увеличение уровня острофазовых показателей: С-реактивный белок – 6 мг/л. В биохимическом анализе крови повышен уровень общего холестерина, липопротеинов низкой плотности, триглицеридов. Снижены уровни железа сыворотки (8 мкмоль/л) и ферритина (12 мкмоль/л).

Клинический диагноз: генерализованный ОА (правосторонний коксартроз второй стадии, двусторонний гонартроз, третья стадия, вторая степень, узелки Гебердена, второй функциональный класс). Тромбоз глубоких вен левой голени, хроническая венозная недостаточность, дислипидемия, железодефицитная анемия легкой степени, миома матки.

Пациентке назначили лечение тромбоза глубоких вен – ношение компрессионного трикотажа второго класса, ривароксабан 15 мг два раза в день в течение трех недель с переходом на 20 мг/сут в течение трех месяцев. Тактика ведения больной включала коррекцию дислипидемии, железодефицитной анемии, болевого синдрома в рамках генерализованного ОА: на фоне приема антикоагулянтов – анальгетики, топические НПВП, лидокаин. При необходимости приема системных НПВП интервал между ними и применением антикоагулянтов не менее двух часов. После отмены антикоагулянтов – НПВП короткими курсами, симптом-модифицирующие препараты медленного действия.

Следует отметить, что руководства Европейского общества кардиологов и Европейского общества атеросклероза по коррекции дислипидемии 2019 г. содержат ключевые

принцип – более активный подход к лечению. Целевой уровень холестерина липопротеинов низкой плотности – чем ниже, тем лучше. Рекомендации по лечению дислипидемии зависят от уровня сердечно-сосудистого риска. Различие между первичной и вторичной профилактикой дислипидемии отсутствует.

Профессор Н.А. Шостак отметила, что в клинической практике при выборе лекарственной терапии лицам старше 65 лет могут помочь критерии Бирса 2012 г., предназначенные для амбулаторных и стационарных учреждений здравоохранения. Данные критерии позволяют выделить потенциально неприемлемые препараты при некоторых заболеваниях. Например, согласно критериям Бирса, к потенциально неприемлемым у пожилых относятся неселективные НПВП. У пациентов с хронической болезнью почек четвертой стадии и выше неприемлемыми считаются селективные и неселективные НПВП, как пероральные, так и парентеральные.

Очевидно, что трудности терапии коморбидных пациентов связаны с вынужденной полипрагмазией. Чем больше препаратов должен принимать пациент, тем ниже его приверженность, что обусловлено как объективными, так и субъективными факторами.

К факторам, повышающим приверженность лечению, относят:

- детальное разъяснение особенностей действия препарата;
- контроль приема лекарственного средства;
- использование фиксированных комбинаций лекарственных средств, применяемых один-два раза в день;
- использование многоцелевых препаратов.

В настоящее время в реальной клинической практике есть многоцелевые препараты с благоприятным профилем безопасности для лечения пациентов с ОА и коморбидными заболеваниями.

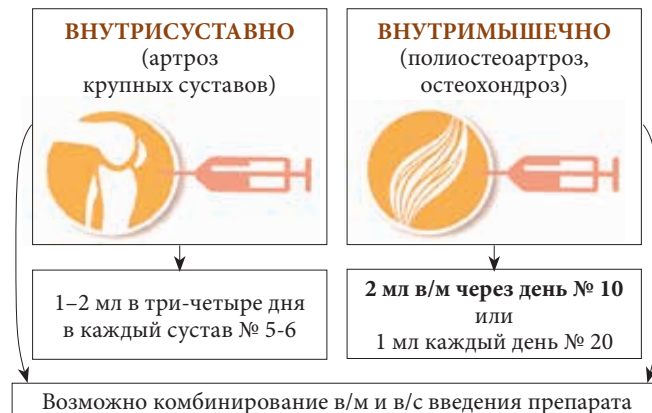


Рис. 7. Схема применения Алфлутона

Алфлутоп – многоцелевой препарат, состоящий из комплекса сбалансированных элементов, идентичных элементам хрящевого матрикса (хондроитин-6-сульфат, хондроитин-4-сульфат, дерматансульфат, кератансульфат, глюкуроновая кислота – предшественник гиалуроновой кислоты, полипептиды, аминокислоты, микроэлементы). Он оказывает анальгетическое, противовоспалительное и структурно-модифицирующее воздействие. К преимуществам препарата следует отнести гастропротективный эффект. Таковой был доказан в эксперименте на модели язвы желудка у крыс, вызванной приемом диклофенака¹⁶.

При ОА крупных суставов Алфлутоп назначают внутрисуставно (в/с) по 2 мл один раз в три дня (шесть введений) с последующим в/м введением по 1 мл/сут на протяжении 20 дней или по 2 мл через день № 10. При спондилоартрозе – паравертебрально по 0,25 мл в четыре точки (суммарно 1 мл) на уровне двух смежных сегментов позвоночника дважды в неделю (пять введений) с последующим в/м введением по 1 мл/сут в течение 20 дней или по 2 мл через день № 10. При генерализованном ОА – глубоко в/м по 1 мл/сут № 20 или по 2 мл через день № 10 (рис. 7).

¹⁶ Куксагуз И.А., Шекунова Е.В., Кашкин В.А. и др. Изучение гастропротективного эффекта препарата Алфлутоп на модели индуцированной диклофенаком гастропатии у крыс // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2019. Т. 165. № 5. С. 8–14.



XIX Всероссийская Школа ревматологов им. академика В.А. Насоновой «Ревматология: характер – системный»

Курс лечения препаратом Алфлутоп целесообразно повторить через шесть месяцев.

Таким образом, клинические и экспериментальные данные

подтверждают обезболивающий, противовоспалительный, структурно-модифицирующий эффекты препарата Алфлутоп при ОА, что в сочетании с благо-

приятным профилем безопасности позволяет широко использовать его в реальной клинической практике у коморбидных пациентов.



О.В. Кондрашева

Инструктор-методист по лечебной физкультуре высшей категории отделения физиотерапии и реабилитации НИИР им. В.А. Насоновой Ольга Владимировна КОНДРАШЕВА напомнила аудитории о важности лечебной физкультуры. По словам И.М. Сеченова, работа мышц есть работа мозга: если двигательный аппарат малоактивен, то задерживается и общее развитие высшей нервной деятельности. Движение может заменить любые лекарства, но ни одно лекарство не в состоянии заменить движение.

Примером эффективности физических упражнений может служить история С. Беннета. К пятидесяти годам он выглядел как большинство своих сверстников, имел ослабленную мускулатуру и возрастные проблемы со здоровьем. Решив кардинально изменить свою жизнь, С. Беннет разработал омолаживающий комплекс упражнений. Он выполнял его каждое утро, лежа в постели, и к 72 годам по физическим и медицинским показателям соответствовал мужчине средних лет.

Далее выступающая привела интересные факты об опорно-двигательном аппарате и способах его поддержания.

Мышцы и кости – это каркас тела. Из 206 костей тела в ногах нахо-

Гимнастика для пациентов с остеоартритом

дится 52. Основная опорная кость нижней конечности – бедренная. При наборе излишней массы тела она может искривиться или прогнуться. Чтобы этого избежать, бедренная кость утолщается. При длительном лежании кость теряет 50% кальция и может истончиться. Разные группы мышц задействованы в выполнении разных действий.

При улыбке напрягается 17 мышц, чтобы нахмуриться, необходимо напрячь 43 мышцы. Поэтому для профилактики образования морщин надо чаще улыбаться.

Чтобы сделать шаг, задействуется около 200 мышц. Это большая нагрузка, так как в среднем за день человек делает 10 000 шагов.

Для того чтобы печатать сообщения или играть на телефоне, бросать мяч, удерживать карандаш при письме, держать чашку за ручку, открывать дверь ключом, сложить руку в кулак, нужны длинные мышцы большого пальца, а чтобы расстегнуть молнию на спине, передвигаться на костылях, подняться по веревке – широчайшая мышца спины. При захлопывании багажника машины, забивании молотком гвоздя используется трехглавая мышца плеча. Мышцы задней группы бедра задействованы при беге, катании на велосипеде, плавании. Чтобы стабилизировать тазобедренный сустав при наклоне, стряхнуть грязь, также нужна задняя группа мышц бедра. Самая длинная мышца тела человека – портняжная – необходима, чтобы сесть в позу лотоса, перекрестить ноги.

На сегодняшний день выделяют четыре основных механизма лечебного действия физических упражнений: тонизирующее, трофическое, компенсирующее и нормализую-

щее. Тонизирующее – повышает общий тонус организма, трофическое – улучшает крово- и лимфообращение в околосуставных тканях, компенсирующее – направлено на временное или постоянное замещение нарушенных функций, нормализующее – на восстановление уже нарушенных.

В заключение О.В. Кондрашева привела примеры использования методов лечебной физкультуры и продемонстрировала участникам комплекс упражнений для восстановления функциональной подвижности суставов.

Заключение

Алфлутоп – оригинальный препарат из группы SYSADOA. Действующим веществом препарата является биоактивный концентрат из четырех видов мелкой морской рыбы. Алфлутоп оказывает структурно-модифицирующее, анальгетическое и противовоспалительное действие и является препаратом выбора при ОА. Установлено, что он блокирует процессы дегенерации матрикса хряща, снижает боль и улучшает функции суставов. В совокупности это повышает качество жизни пациентов. Своевременное назначение препарата позволяет улучшить ближайший и отдаленный прогноз, замедлить прогрессирование ОА. Алфлутоп обладает благоприятным профилем безопасности и может применяться у пожилых пациентов с коморбидными заболеваниями. Короткий курс терапии Алфлутопом по 2 мл в/м через день № 10 более удобен для пациентов и способствует повышению приверженности назначенной терапии. ☺



ЗДОРОВЬЕ СУСТАВОВ В НАДЕЖНЫХ РУКАХ

КОРОТКИЙ КУРС ЛЕЧЕНИЯ

2 мл в/м через день №10¹



УМЕНЬШАЕТ боль уже на второй неделе применения²

ЗАМЕДЛЯЕТ прогрессирование остеоартрита³

ВОССТАНАВЛИВАЕТ уровень P_g в слизистой желудка,
сниженный на фоне приема НПВП⁴

ПУ П/И 012210/01

1. Инструкция по медицинскому применению препарата. 2. О.С. Левин и соавт. Эффективность Алфлутопа при хронической вертебральной лумбоишалгии по данным двойного слепого плацебо-контролируемого исследования. Научно-практическая ревматология. 2004; №4. 3. Л.И. Алексеева, Е.П. Шаралова, Е.А. Таскина, Н.В. Часова, Г.Р. Имамединова, Н.А. Шостаков, Н.Г. Правдюк, Л.Н. Денисов. Многоцентровое слепое рандомизированное плацебоконтролируемое исследование симптом- и структурно-модифицирующего воздействия препарата Алфлутоп у больных остеоартрозом коленных суставов. Научно-практическая ревматология. 2014; №5(2):174-177. DOI:14412/1995-4484-2014-174-177. 4. В.Н. Дроздов и соавт. Возможности снижения риска НПВП-гастропатии у больных остеоартритом. РМЖ. 2019;12:74-78.



BIOTENNOS, 115432, Москва,
пр-т Андропова д. 18, корп. 5
тел. +7(495)150-24-71
Для медицинских и фармацевтических
конференций

alflutop.ru

ЗдоровьеСуставов.рф

РЕКЛАМА

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ