

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ АЛФЛУТОПОМ НА ДИНАМИКУ АРТРОСОНОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

В статье представлены результаты исследования, посвященного изучению влияния длительной терапии Алфлутопом на артрозонографические показатели коленных суставов (размеры суставного хряща, ширина суставной щели, выраженность остеофитоза, активность локального воспаления) при гонартрозе. Лечение назначалось пациентам на ранних стадиях заболевания и проводилось повторными курсами. Обнаружено, что длительная терапия Алфлутопом замедляет процессы деградации суставного хряща, прогрессирующее структурных изменений коленных суставов, активность локального воспаления (по данным артрозонографии), что уменьшает симптомы остеоартрита, повышает качество жизни больных.

Ключевые слова: остеоартрит, коленные суставы, артрозонография, Алфлутоп.

M.S. SVETLOVA, MD, Prof., I.V. KHEIFETS, PhD in medicine, Petrozavodsk State University

EFFECT OF LONG-TERM AFFLUTOP THERAPY ON THE ARTHROSONOGRAPHIC CHANGES IN PATIENTS WITH KNEE OSTEOARTHRITIS

The article presents the results of a study of the effect of prolonged Alflutop therapy on the arthrosonographic changes in knee joints (sizes of articular cartilage, joint space width, severity of osteophytic disease, local inflammation activity) in patients with gonarthrosis. The treatment was prescribed to patients in the early stages of the disease and repeated by regular courses. It was found that prolonged therapy with Alflutop slows down the articular cartilage degradation, the progression of structural changes in knee joints, the local inflammation activity (according to arthrosonography), which reduces the symptoms of osteoarthritis and improves the patient's quality of life.

Keywords: osteoarthritis, knee joints, arthrosonography, Alflutop.

Остеоартрит (ОА) – хроническое прогрессирующее заболевание суставов различной этиологии, характеризующееся дегенерацией суставного хряща, структурными изменениями субхондральной кости и явным или скрыто протекающим синовитом.

ОА занимает лидирующие позиции по частоте возникновения среди заболеваний суставов и второе место среди причин инвалидности у больных после 50 лет. По данным исследований, в России ОА с преимущественным поражением крупных суставов (коленных и тазобедренных) страдает 13% населения. Коленные суставы (КС) поражаются при ОА наиболее часто (около 10% населения старше 55 лет), при этом у 25% из них развиваются выраженные нарушения функциональной активности. Риск утраты трудоспособности в группе больных гонартрозом (ГА) сравним с группой больных пожилого возраста, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, и выше, чем при других заболеваниях у этих пациентов [1–3].

В связи с вышеизложенным, назначенная в наиболее ранние сроки, на ранних стадиях ГА болезнь-модифицирующая терапия должна быть направлена на предотвращение прогрессирования патологического процесса в пораженном суставе, а следовательно, уменьшение выраженности боли, улучшение функциональной активности суставов.

К препаратам для лечения ОА, который уменьшает боль в суставах, улучшает их функцию, оказывает многочисленные патогенетические эффекты при данном заболевании, относится Алфлутоп. Алфлутоп применяется в лечении ОА уже на протяжении 20 лет. Накоплен большой опыт его применения в лечении не только ОА, но и других заболеваний опорно-двигательного аппарата. Основными эффектами Алфлутопа при ОА являются: стимуляция анаболических процессов в хряще, регуляция метаболизма функционирующих хондроцитов, стимуляция синтеза гиалуроновой кислоты, нормальных протеогликанов, коллагена II типа, угнетение активности гиалуронидазы и других факторов деструкции, противовоспалительная и антиоксидантная активность [4–10].

В последние годы артрозонография (АСГ) получила широкое распространение как техника визуализации при обследовании пациентов с ревматическими заболеваниями суставов, а также контроля за лечением, в том числе и при ГА. Обычно АСГ используется для оценки патологии мягких тканей и выявления жидкости, но позволяет также визуализировать хрящ и поверхности костных структур, оценить наличие и выраженность остеофитоза, ширину суставной щели [11–14].

Целью настоящего исследования было оценить влияние длительной (5-летнее наблюдение) терапии Алфлутопом на

артросонографические показатели (размеры суставного хряща, ширину суставной щели, выраженность остеофитоза, активность локального воспаления) при ГА. Лечение препаратом начиналось на ранних стадиях заболевания.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследовано 204 амбулаторных пациента с достоверным диагнозом ГА, давших письменное согласие на участие в исследовании. Диагностика заболевания осуществлялась на основе критериев ГА Американской коллегии ревматологов [15]. При отсутствии рентгенологических критериев диагноз устанавливался при сочетании клинических симптомов (боль механического характера, скованность в суставах <30 минут, ограничение функции) и выявленной при АСГ неровности контура суставных поверхностей костей, образующих сустав. Рентгенологическая стадия ГА оценивалась по классификации Келлгрена – Лоуренса [16].

Критериями включения в исследование были: длительность симптомов ГА не менее 2, но не более 36 месяцев; 0, I, II рентгенологические стадии ГА; первичный ГА; отсутствие других заболеваний суставов.

Пациенты с ранними стадиями ГА (РГА) были разделены на основную и контрольную группы. В основную группу вошли 64 пациента РГА, которым с момента включения в исследование была начата терапия Алфлутопом: 51 (79,7%) женщина и 13 (20,3%) мужчин со средним возрастом $47,4 \pm 11,6$ года и средней длительностью ГА $11,5 \pm 6,7$ мес. В соответствии с классификацией Келлгрена – Лоуренса 0 стадия ГА имела место у 13 (20,8%) больных, I – у 32 (49,4%), II – у 19 (29,8%) исследованных.

Алфлутоп вводился в суммарной дозе 20 мл на курс лечения. Использовалась комбинированная схема терапии Алфлутопом: на фоне внутримышечных инъекций препарата по 1 мл через день Алфлутоп вводился внутрисуставно по 2 мл на одно введение с интервалом 2–3 дня по 5 инъекций в сустав, пораженный ГА. Подобные курсы Алфлутопом повторяли с интервалом 6 месяцев в течение 5 лет. При усилении болей в КС больным разрешался прием диклофенака в суточной дозе 100 мг.

Основными эффектами Алфлутопа при ОА являются: стимуляция анаболических процессов в хряще, регуляция метаболизма функционирующих хондроцитов, стимуляция синтеза гиалуроновой кислоты, нормальных протеогликанов, коллагена II типа, угнетение активности гиалуронидазы и других факторов деструкции, противовоспалительная и антиоксидантная активность

Контрольную группу составили 140 пациентов РГА, 107 (76,4%) женщин и 33 (23,6%) мужчины со средним возрастом $46,7 \pm 10,4$ года и средней длительностью ГА $11,7 \pm 5,9$ мес. В соответствии с классификацией Келлгрена – Лоуренса 0 стадия ГА имела место у 29 (20,7%) больных, I – у 67 (47,9%), II – у 44 (31,4%) исследованных.

Всем пациентам контрольной группы с момента включения в исследование был рекомендован прием 100 мг диклофенака в сутки в сочетании с различными видами физиолечения. При достижении положительного эффекта лечения диклофенак принимался лишь при усилении болей в суставах в суточной дозе 100 мг.

На момент включения в исследование основная и контрольная группы были сопоставимы по параметрам суставного синдрома.

По данным исследований, в России ОА с преимущественным поражением крупных суставов (коленных и тазобедренных) страдает 13% населения

Всем пациентам на момент включения в исследование и в контрольные сроки наблюдения выполнялась АСГ на аппарате «Logiq-400 pro» широкополосным линейным датчиком частотой 5–11 МГц. Исследование проводилось спереди в верхней (супрапателлярной) продольной проекции, нижней (инфрапателлярной) продольной, боковых (латеральной и медиальной) продольных проекциях, поперечной (супрапателлярной и инфрапателлярной) проекциях, сзади – в задней поперечной и продольной проекциях. При АСГ оценивались следующие параметры:

1. Высота хряща (латерального и медиального) мыщелков бедренной кости в миллиметрах (оценивалась в задней поперечной проекции).
2. Наличие экссудата в полости сустава полуколичественным методом в баллах, определяемое при продольном супрапателлярном сканировании по средней линии надколенника с оценкой площади супрапателлярной сумки. За нормальный уровень жидкости, или 0 баллов, принимался усредненный размер сумки площадью не более $1,5 \text{ см}^2$ и отсутствие жидкости под коллатеральными связками; 1 балл – незначительное количество жидкости, когда размеры сумки не превышали 4 см^2 и полоска жидкости не более 3 мм в подсвязочном пространстве; 2 балла – умеренное количество при площади сумки не более $7,5 \text{ см}^2$ и полоске жидкости в подсвязочном пространстве более 3 мм; 3 балла – значительное количество жидкости, когда супрапателлярная сумка составляла более $7,5 \text{ см}^2$, в подсвязочном пространстве полоска жидкости более 6 мм, и уровень жидкости определялся в дополнительных карманах.
3. Наличие остеофитов (ОсФ) и их размер полуколичественным методом в баллах: 0 – ОсФ отсутствуют; 1 балл – мелкие ОсФ размером не $> 1 \text{ мм}$; 2 балла – ОсФ размером 1–2 мм; 3 балла – ОсФ размером $> 2 \text{ мм}$.
4. Толщина синовиальной оболочки в миллиметрах, измеренная по наиболее гипертрофированному участку при поперечном супрапателлярном сканировании.
5. Выраженность сужения суставной щели в баллах: 0 – отсутствие сужения суставной щели, 1 балл – суставная щель 5–3 мм, 2 балла – суставная щель 3–1 мм, 3 балла – размеры суставной щели $< 1 \text{ мм}$ и отсутствие суставной щели.

6. Вовлечение в воспалительный процесс околосуставных тканей: наличие либо отсутствие отека сухожилий портняжной, двуглавой, полусухожильной мышц бедра.
7. Наличие кист Бейкера.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью статистического пакета STATISTICA. Для описания характера распределения количественных признаков определялись средние величины (M), стандартное отклонение (SD). Характер распределения количественных признаков оценивали по Колмогорову – Смирнову. Достоверность различий оценивалась с использованием t-критерия Стьюдента при нормальном распределении признака и с помощью U-критерия Манна – Уитни при ненормальном распределении. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Как уже было сказано выше, «потеря хряща» является одним из основных признаков ГА, отражающим прогрессирование структурных изменений в КС. В *таблице 1* представлены данные о высоте медиального и латерального хряща мыщелков бедренной кости у больных, лечившихся Алфлутопом в течение 5 лет, в различные сроки наблюдения.

Из *таблицы 1* видно, что на фоне терапии Алфлутопом было выявлено некоторое увеличение размеров хряща мыщелков бедренной кости через 1 год наблюдения, статистически достоверное для латерального хряща мыщелка бедренной кости правого КС ($p < 0,05$). Для других отделов КС (медиальный хрящ правого КС, латеральный и медиальный левого КС) различия не были статистически достоверными. Через 2, 3 и 5 лет наблюдения в данной группе больных не было отмечено статистически значи-

мых различий в размерах хряща по сравнению с их исходными значениями.

В контрольной группе снижение высоты хряща мыщелков бедренной кости было отмечено уже через год наблюдения, которое, однако, не было статистически достоверным. С максимальной скоростью признаки «потери хряща» в этой группе больных нарастали через 3 и 5 лет наблюдения. При исходных размерах латерального хряща правого КС $1,43 \pm 0,33$ мм его высота уменьшилась к 3-му году наблюдения до $1,25 \pm 0,45$ мм и до $1,12 \pm 0,37$ мм к 5-му году лечения ($p < 0,05$). Аналогичные тенденции были выявлены и для других отделов: $1,40 \pm 0,34$ мм исходно составил медиальный хрящ правого КС и $1,25 \pm 0,42$ и $1,18 \pm 0,35$ мм через 3 и 5 лет соответственно; $1,47 \pm 0,37$ и $1,41 \pm 0,31$ мм составили размеры латерального и медиального хряща правого КС исходно и $1,27 \pm 0,38$, $1,25 \pm 0,34$ и $1,15 \pm 0,34$, $1,11 \pm 0,37$ мм через 3 и 5 лет наблюдения соответственно ($p < 0,05$). Данные о динамике высоты суставного хряща в контрольной группе представлены в *таблице 2*.

«Потеря хряща» является одним из основных признаков ГА, отражающим прогрессирование структурных изменений в КС

На *рисунке 1* представлена динамика высоты латерального и медиального хряща мыщелков бедренной кости у больных основной группы, лечившихся Алфлутопом, и в контрольной группе. При исходно сопоставимых размерах суставного хряща у больных сравниваемых групп различия становятся статистически достоверными через 3 года наблюдения и наиболее выражены через 5 лет терапии (через 5 лет наблюдения средняя

Таблица 1. Динамика высоты суставного хряща мыщелков бедренной кости у больных основной группы по данным АСГ

Высота суставного хряща, мм	Исходно	1 год	2 года	3 года	5 лет
Латеральный правый	$1,43 \pm 0,33$	$1,57 \pm 0,24^*$	$1,50 \pm 0,37$	$1,48 \pm 0,44$	$1,48 \pm 0,36$
Медиальный правый	$1,39 \pm 0,35$	$1,48 \pm 0,28$	$1,47 \pm 0,41$	$1,45 \pm 0,54$	$1,46 \pm 0,45$
Латеральный левый	$1,48 \pm 0,35$	$1,56 \pm 0,28$	$1,52 \pm 0,45$	$1,44 \pm 0,35$	$1,47 \pm 0,28$
Медиальный левый	$1,39 \pm 0,29$	$1,46 \pm 0,33$	$1,48 \pm 0,40$	$1,46 \pm 0,57$	$1,46 \pm 0,41$

Достоверность различий: * – $p < 0,05$

Таблица 2. Динамика высоты суставного хряща мыщелков бедренной кости у больных контрольной группы по данным АСГ

Высота суставного хряща, мм	Исходно	1 год	2 года	3 года	5 лет
Латеральный правый	$1,43 \pm 0,37$	$1,42 \pm 0,34$	$1,37 \pm 0,37$	$1,25 \pm 0,45^*$	$1,12 \pm 0,37^*$
Медиальный правый	$1,40 \pm 0,34$	$1,39 \pm 0,37$	$1,39 \pm 0,28$	$1,25 \pm 0,42^*$	$1,18 \pm 0,35^*$
Латеральный левый	$1,47 \pm 0,37$	$1,43 \pm 0,37$	$1,40 \pm 0,39$	$1,27 \pm 0,38^*$	$1,15 \pm 0,34^*$
Медиальный левый	$1,41 \pm 0,31$	$1,38 \pm 0,28$	$1,37 \pm 0,31$	$1,25 \pm 0,34^*$	$1,11 \pm 0,37^*$

Достоверность различий: * – $p < 0,05$

Таблица 3. Динамика ОФ у больных основной группы по данным АСГ

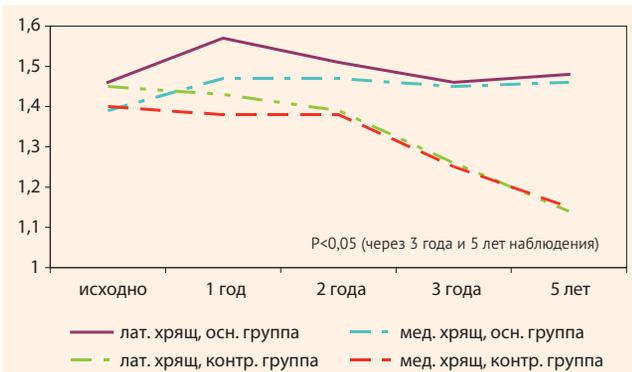
Остеофитоз, баллы	Исходно	1 год	2 года	3 года	5 лет
Правый КС	1,59 ± 0,57	1,59 ± 0,68	1,73 ± 0,28	1,98 ± 0,34	2,03 ± 0,28*
Левый КС	1,57 ± 0,57	1,57 ± 0,65	1,72 ± 0,25	1,96 ± 0,37	2,02 ± 0,27*

Достоверность различий: * – $p < 0,05$

Таблица 4. Динамика ШСЩ у больных основной группы по данным АСГ

Суставная щель, баллы	Исходно	1 год	2 года	3 года	5 лет
Правый КС	0,51 ± 0,54	0,52 ± 0,53	0,73 ± 0,54	0,88 ± 0,54	1,03 ± 0,59*
Левый КС	0,52 ± 0,56	0,54 ± 0,55	0,75 ± 0,55	0,90 ± 0,53	1,04 ± 0,57*

Достоверность различий: * – $p < 0,05$

Рисунок 1. Динамика высоты хряща мыщелков бедренной кости в группе больных, лечившихся Алфлутопом, и в контрольной группе (по данным АСГ)

высота латерального хряща у больных основной группы составила $1,47 \pm 0,34$ мм, медиального – $1,46 \pm 0,33$ и $1,14 \pm 0,33$ мм латерального, $1,15 \pm 0,35$ мм медиального – у больных контрольной группы, $p < 0,05$).

Таким образом, длительная терапия Алфлутопом, назначенная на ранних стадиях ГА, оказала сдерживающее влияние на процессы дегенерации суставного хряща. Положительное влияние Алфлутопа на хрящ сохранялось на всех сроках наблюдения.

Остеофитоз (ОФ) и сужение суставной щели определяют выраженность структурных изменений КС, а значит, и симптомов ГА. Анализ динамики ОФ и ширины суставной щели у больных ГА, лечившихся Алфлутопом, по данным АСГ представлен в *таблицах 3, 4*.

По данным АСГ динамика ОФ отсутствовала в основной группе через 1 год лечения Алфлутопом. Отрицательная динамика имела место через 2 и 3 года, однако статистически достоверные различия выраженности ОФ с исходными значениями были отмечены лишь через 5 лет наблюдения ($1,59 \pm 0,57$ и $2,03 \pm 0,28$ балла, $1,57 \pm 0,57$ и $2,02 \pm 0,27$ балла для правого и левого КС исходно и через 5 лет соответственно, $p < 0,05$).

На фоне лечения Алфлутопом через 1 год наблюдения отрицательная динамика ОФ имела место в 2 КС (1 (1,6%) больной), через 2 года – в 9 КС (6 (10%) пациентов), через 3 года – в 18 КС (14 (22%) пациентов), через 5 лет – в 25 КС (19 (29%) пациентов основной группы).

Ширина суставной щели (ШСЩ) по данным АСГ у больных, получавших терапию Алфлутопом, оставалась неизменной через 1 год лечения препаратом, имела тенденцию к незначительному снижению через 2 и 3 года, различия с исходными значениями ШСЩ стали статистически достоверными к 5-му году наблюдения ($0,51 \pm 0,54$ и $1,03 \pm 0,59$ балла, $0,52 \pm 0,56$ и $1,04 \pm 0,57$ балла для правого и левого КС исходно и через 5 лет соответственно, $p < 0,05$).

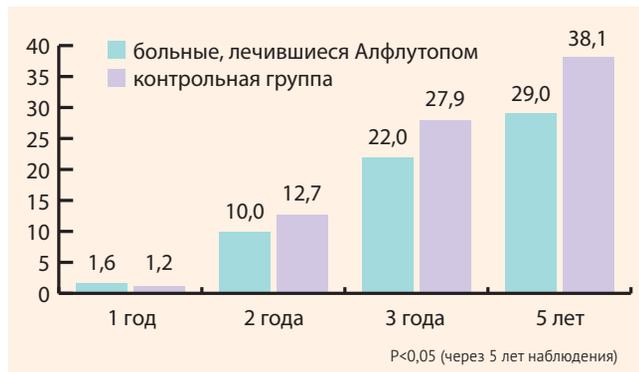
Уменьшение ШСЩ по данным АСГ, статистически достоверное через 5 лет наблюдения, при стабильных средних значениях высоты хряща, с одной стороны, по-видимому, отражает снижение высоты хряща у ряда больных основной группы на фоне лечения Алфлутопом, кроме того, уменьшение ее размеров возможно при сохраняющейся в течение длительного времени нагрузке на суставные поверхности КС у больных ГА.

На ранних стадиях ГА симптом- и структурно-модифицирующая терапия должна быть направлена на предотвращение прогрессирования патологического процесса в пораженном суставе, а следовательно, уменьшение выраженности боли, улучшение функциональной активности суставов

На фоне терапии Алфлутопом через 1 год отрицательная динамика ШСЩ имела место в 2 КС (1 (1,6%) больной), через 2 года – в 10 КС (7 (11,3%) пациентов), через 3 года – в 19 КС (14 (21,7%) пациентов), через 5 лет – в 22 КС (18 (28,5%) пациентов с ГА).

В контрольной группе отрицательная динамика ОФ также практически отсутствовала через 1 год наблюдения и имела тенденцию к росту через 2, 3 и 5 лет наблюдения,

Рисунок 2. Процент больных с отрицательной динамикой ОФ в группе лечившихся Алфлутопом и в контрольной группе (по данным АСГ)



статистически значимая достоверность различий с исходными значениями была выявлена в этой группе больных уже через 3 года терапии.

Отрицательная динамика ОФ имела место через 1 год – в 4 КС (2 (1,2%) пациента), через 2 года – в 20 КС (17 (12,7%) пациентов), через 3 года – в 57 КС (38 (27,9%) пациентов), через 5 лет – в 75 КС (50 (38,1%) больных контрольной группы).

Статистически достоверные различия значений ШСЩ с исходными были выявлены в контрольной группе через 3 года и 5 лет наблюдения.

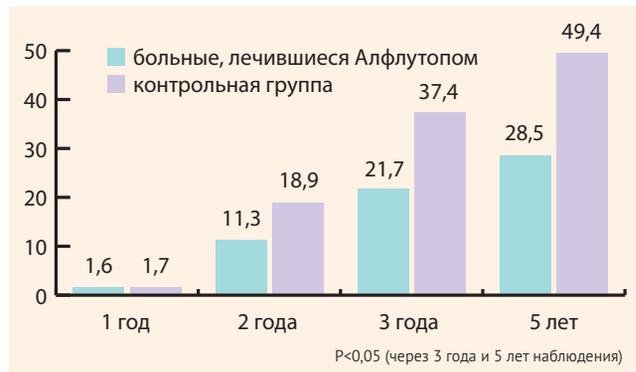
Отрицательная динамика ШСЩ в контрольной группе через 1 год наблюдения имела место в 4 КС (2 (1,7%) больных), через 2 года – в 30 КС (26 (18,9%) пациентов), через 3 года – в 86 КС (51 (37,4%) пациент), через 5 лет – в 102 КС (65 (49,4%) пациентов контрольной группы).

На рисунках 2, 3 представлен процент пациентов с отрицательной динамикой ОФ и ШСЩ в основной и контрольной группах в различные сроки наблюдения.

Из рисунков 2, 3 видно, что длительная терапия Алфлутопом полностью не предотвратила, однако оказала сдерживающее влияние на процессы прогрессирования структурных изменений в КС в отличие от контрольной группы, где уже через 3 года практически у каждого третьего больного была выявлена отрицательная динамика ОФ и у каждого второго пациента через 5 лет наблюдения была констатирована отрицательная динамика ШСЩ.

В проведенном исследовании был изучен противовоспалительный эффект Алфлутопа. Влияние длительной терапии препаратом на выраженность локального воспаления в КС по данным АСГ отражено в таблице 5.

Рисунок 3. Процент больных с отрицательной динамикой ШСЩ в группе лечившихся Алфлутопом и в контрольной группе (по данным АСГ)



Уже через 6 месяцев после первого курса Алфлутопа было отмечено уменьшение объема выпота в суставах ($0,65 \pm 0,76$ и $1,14 \pm 0,84$ балла исходно, $0,37 \pm 0,70$ и $0,54 \pm 0,80$ балла через 6 месяцев для правого и левого КС соответственно, $p < 0,05$). При последующем наблюдении за больными не отмечено нарастания объема выпота в пораженных суставах, за исключением незначительного его увеличения через 5 лет лечения повторными курсами Алфлутопа. На всех сроках наблюдения значения объема выпота статистически достоверно отличались от исходных значений ($p < 0,05$) в основной группе больных. Толщина синовиальной оболочки колебалась в пределах $1,6 \pm 0,3$ – $2,3 \pm 0,2$ мм на всех сроках наблюдения.

На момент включения в исследование синовит различной степени выраженности был диагностирован при АСГ в 21 КС (16 (25,5%) пациентов). Через 6 месяцев после первого курса Алфлутопа признаки воспаления были выявлены в 10 КС (7 (10,7%) пациентов РГА), через 1 год – в 7 КС (5 (8,3%) больных), через 2 года – в 6 КС (5 (8,3%) пациентов), через 3 года – в 5 КС (5 (8,2%) пациентов) и через 5 лет – в 8 КС (6 (9,1%) пациентов основной группы).

Тендинит околоуставных мышц (портняжной, двуглавой и полусухожильной) исходно имел место в 8 КС (8 (11,9%) пациентов). Вовлечение в воспалительный процесс околоуставных мышц было констатировано через 6 месяцев в 4 КС (4 (5,6%) пациента), через 1 год – в 5 КС (4 (5,6%) пациента), через 2 года – в 6 КС (5 (7,9%) больных), через 3 года – в 6 КС (5 (7,9%) больных) и через 5 лет – в 7 КС (5 (8,9%) больных, лечившихся Алфлутопом).

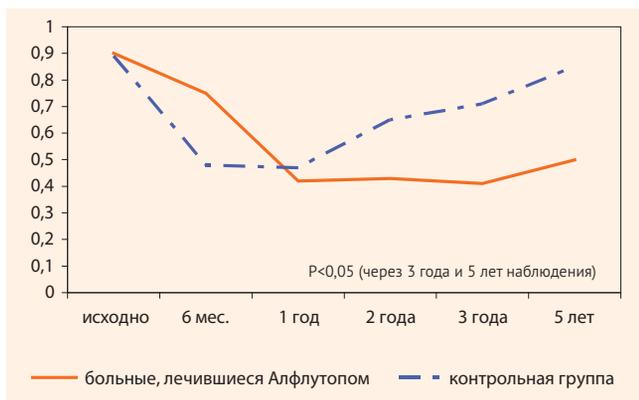
В контрольной группе также была отмечена некоторая положительная динамика объема выпота в КС через

Таблица 5. Динамика объема выпота в полость КС у больных основной группы по данным АСГ

Выпот, баллы	Исходно	6 мес.	1 год	2 года	3 года	5 лет
Правый КС	$0,65 \pm 0,76$	$0,37 \pm 0,70^*$	$0,30 \pm 0,64^*$	$0,32 \pm 0,74^*$	$0,32 \pm 0,74^*$	$0,38 \pm 0,71^*$
Левый КС	$1,14 \pm 0,84$	$0,54 \pm 0,80^*$	$0,53 \pm 0,75^*$	$0,54 \pm 0,78^*$	$0,50 \pm 0,65^*$	$0,64 \pm 0,58^*$

Достоверность различий: * – $p < 0,05$

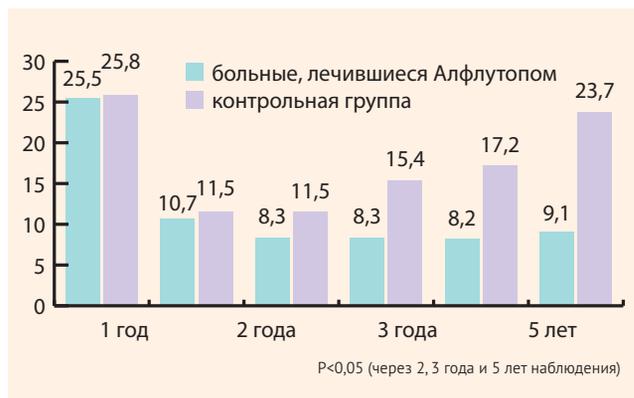
Рисунок 4. Динамика объема выпота в группе больных, лечившихся Алфлутопом, и в контрольной группе (по данным АСГ)



6 месяцев наблюдения. Статистически достоверными по сравнению с исходными значения объема выпота сохранялись через 6 месяцев и 1 год лечения. Через 2 и 3 года терапии имела место отрицательная динамика объема выпота в КС, наиболее выраженная через 5 лет наблюдения (практически достиг исходных значений) за больными контрольной группы. Толщина синовиальной оболочки колебалась в пределах $1,7 \pm 0,5 - 2,4 \pm 0,2$ мм на всех сроках наблюдения.

Динамика объема выпота в основной и контрольной группах отражена на *рисунке 4*.

Рисунок 5. Процент больных с синовитом в группе лечившихся Алфлутопом и в контрольной группе (по данным АСГ)



Синовит различной степени выраженности был выявлен на момент включения в исследование в 42 КС (36 (25,8%) пациентов контрольной группы). По данным АСГ в контрольной группе признаки синовита были выявлены при АСГ через 6 месяцев – 20 КС (16 (11,5%) пациентов), через 1 год – в 19 КС (16 (11,5%) пациентов), через 2 года – в 29 КС (21 (15,4%) пациент), через 3 года – в 33 КС (23 (17,2%) пациента) и через 5 лет – в 41 КС (31 (23,7%) больной контрольной группы). Процент пациентов с синовитом по данным АСГ в основной и контрольной группах в различные сроки наблюдения представлен на *рисунке 5*.



АЛФЛУТОП

ЗДОРОВЬЕ СУСТАВОВ В НАДЕЖНЫХ РУКАХ

- Достоверное уменьшение боли
- Улучшение функции суставов
- Достоверное повышение уровня гиалуроновой кислоты в суставной щели
- Уменьшение деградации матрикса суставного хряща*

* Л.И. Алексеева, Е.П. Шарاپова, Е.А. Таскина, Н.В. Чичасова, Г.Р. Имамединова, Н.А. Шостак, Н.Г. Правдюк, Л.Н. Денисов. Многоцентровое слепое рандомизированное плацебоконтролируемое исследование симптом- и структурно-модифицирующего действия препарата Алфлутоп у больных остеоартрозом коленных суставов. Научно-практическая ревматология. 2014; 52(2): 174-177. DOI:10.14412/1995-4484-2014-174-177



БИОТЕННОС
115432, Москва,
пр-т Андропова,
д. 18, корп. 6
8-800-333-24-71
www.alflutop.ru



РУП N012210/01

Реклама

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Рисунок 6. Артросонограмма больной К. до лечения Алфлутопом. Правый КС, признаки синовита

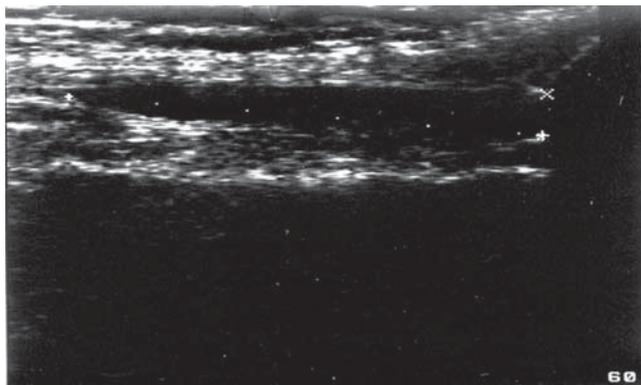
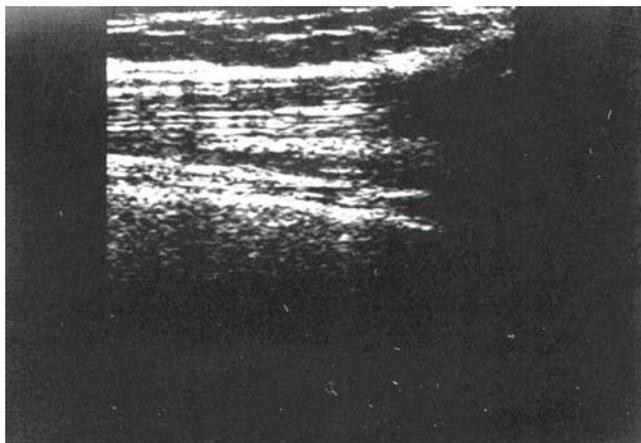


Рисунок 7. Артросонограмма больной К. через 3 года (через 5 лет без динамики) лечения Алфлутопом. Синовит отсутствует



Из рисунка видно, что на фоне длительной терапии Алфлутопом гораздо реже выявлялся синовит при АСГ-исследовании по сравнению с контролем ($p < 0,05$).

Артросонограммы больной К., страдающей ГА, до и после лечения Алфлутопом приведены на *рисунках 6, 7*.

Тендинит околоуставных мышц (портняжной, двуглавой и полусухожильной) исходно имел место в 21 КС (17 (12,3%) пациентов контрольной группы). Вовлечение в воспалительный процесс околоуставных мышц было констатировано через 6 месяцев в 17 КС (13 (9,4%) пациентов), через 1 год – в 18 КС (15 (10,5%) пациентов), через 2 года – в 17 КС (15 (10,5%) пациентов), через 3 года – в 21 КС (16 (11,6%) пациентов) и через 5 лет – в 28 КС (18 (13,8%) пациентов контрольной группы).

В проведенном исследовании с использованием АСГ было показано положительное влияние Алфлутопа (при длительном его применении и начале лечения препаратом на ранних стадиях ОА) на процессы дегенерации суставного хряща, синовит, прогрессирование структурных изменений в суставах (ширина суставной щели, остеофитоз)

Таким образом, длительная терапия Алфлутопом, назначенная на ранних стадиях ГА, оказала положительное влияние на локальное воспаление в КС по данным АСГ. Частота выявления синовита значительно сократилась в группе больных, лечившихся Алфлутопом. Противовоспалительный эффект Алфлутопа сохранялся на всех сроках наблюдения за больными.

Итак, в проведенном исследовании с использованием АСГ было показано положительное влияние Алфлутопа (при длительном его применении и начале лечения препаратом на ранних стадиях ОА) на процессы дегенерации суставного хряща, синовит, прогрессирование структурных изменений в суставах (ширина суставной щели, остеофитоз). Алфлутоп целесообразно применять в комплексном лечении ОА. Препарат эффективен и безопасен при длительном назначении.



ЛИТЕРАТУРА

- Felson DT. Epidemiology of hip and knee osteoarthritis. *Epidemiol. Rev.*, 1988, 10: 1-28.
- Балабанова Р.М., Эрдес Ш.Ф. Динамика распространенности ревматических заболеваний, входящих в XIII класс МКБ-10, в популяции взрослого населения Российской Федерации за 2000–2010 гг. *Научно-практическая ревматология*, 2012, 3: 10-12.
- Коваленко В.Н., Борткевич О.П. Остеоартроз. Киев: МОРИОН, 2003.
- Гроппа Л., Мынзату И., Карасава М. и др. Эффективность алфлутопа у больных деформирующим остеоартрозом. *Клинич. Ревматология*, 1995, 3: 20-22.
- Лукина Г.В., Сигидин Я.А. Опыт применения препарата алфлутоп в лечении остеоартроза. *Клинич. Ревматология*, 1996, 4: 40-43.
- Лукина Г.В., Сигидин Я.А. Хондропротективный препарат алфлутоп в лечении остеоартроза. *Клинич. Ревматология*, 2001, 2: 51-53.
- Лукина Г.В., Сигидин Я.А., Чичасова Н.В. Алфлутоп в терапии остеоартроза. *Научно-практич. Ревматология*, 2004, 3: 52-54.
- Лукина Г.В., Сигидин Я.А., Денисов Л.Н. Многолетний опыт применения алфлутопа в клинической практике. *Научно-практич. Ревматология*, 2005, 5: 64-66.
- Светлова М.С. Длительная терапия алфлутопом: влияние на симптомы и качество жизни больных гонартрозом ранних стадий (5-летнее наблюдение). *РМЖ*, 2014, 7: 504-509.
- Инструкция по медицинскому применению препарата Алфлутоп.
- Букина И.Е. Синовит и кисты Бейкера на ранних стадиях остеоартроза. *Клинич. мед.*, 2002, 80(9): 27-30.
- Букина И.Е., Мач Э.С., Пушкова И.Е. Возможности артросонографии для диагностики субклинического синовита у больных гонартрозом на ранних стадиях (предварительные данные). *Научно-практич. Ревматология*, 2002, 2: 10-13.
- Майко О.Ю., Багирова Г.Г., Попова Л.В. Диагностические возможности ультразвукового сканирования коленных суставов при остеоартрозе. *Тер. Архив*, 2005, 4: 44-50.
- Gibbon WW, Wakefield RJ. Ultrasound in inflammatory disease. *Radiol. Clin. Northam.*, 1999, 37: 633-651.
- Altman R, Asch E, Bloch D et al. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis. Classification of the arthritis of the knee. *Arthritis Rheum*, 1986, 29: 1039-1049.
- Kellgren J.H., Lawrence J.S. Radiographic assessment of osteoarthritis. *Ann. Rheum. Dis.*, 1957, 16: 494-501.