

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АДГЕЛОНА ПРИ ВНУТРИСУСТАВНОМ И ПАРЕНТЕРАЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ БОЛЬНЫМ С ГОНАРТРОЗОМ

Балабанова Р.М.

НИИР РАМН, Москва

Остеоартроз (ОА) – наиболее часто встречающаяся патология опорно-двигательного аппарата среди ревматических заболеваний. По данным эпидемиологического исследования взрослого населения РФ (проанкетировано 67370 человек), диагноз ОА выставлен у 49% осмотренных (1). Причем на долю больных с преимущественным поражением коленных и/или тазобедренных суставов пришлось 67 и 68,5% соответственно.

ОА, помимо лечебных проблем, создает ряд социально-экономических из-за преждевременной потери трудоспособности, высокой инвалидизации и необходимости эндопротезирования, что значительно удорожает лечение больных.

Лечение остеоартроза в первую очередь направлено на купирование болевого синдрома, который служит основной причиной обращения пациентов к врачу. В зарубежных ре-коммундациях на первом месте в качестве анальгетика стоял парацетамол, который действительно обладает выраженным анальгетическим эффектом центрального действия. Однако препарат не лишен побочных эффектов и при передозировке может развиться гепатотоксическая реакция, особенно при наличии факторов риска – перенесенный гепатит, злоупотребление алкоголем, жировой гепатоз и др. В настоящее время в рекоммундациях АКР в качестве обезболивающих препаратов приоритет отдан группе нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП),

действие которых направлено на подавление продукции простагландинов – основных активаторов альгогенных периферических рецепторов. Длительный прием НПВП связан с риском развития серьезных побочных реакций, в первую очередь – изъязвлением слизистой желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), что может привести к прободению слизистой, развитию кровотечения. Особенностью этих язв является их «молчаливость» из-за анальгезии НПВП. Поэтому эти препараты рекомендуют принимать относительно короткими курсами, но даже короткие курсы и в дозах рекомендуемых для безрецептурного отпуска НПВП могут вызвать ЖКТ-гастропатии. Другим осложнением, которого следует опасаться, особенно лицам старшей возрастной группы – это повышение артериального давления, развитие периферических отеков из-за повреждающего действия препаратов на функцию почек. При использовании некоторых НПВП, преимущественно блокирующих фермент ЦОГ-2, возможно развитие инфаркта миокарда или инсульта.

Основной группой препаратов для лечения ОА являются так называемые «хондропротекторы», действующими компонентами которых являются хондроитинсульфат и глюкозаминсульфат или их комбинация.

Для достижения анальгетического эффекта требуется ежедневный прием в течение длительного периода времени, что снижает комплаентность больных в отношении лечения.

К препаратам назначаемым для курсового лечения ОА относится алфлутоп, состоящий из хондроитин-4 и хондроитин-6 сульфата, дерматан- и кератансульфата, гиалуроновой кислоты, полипептидов, аминокислот и микроэлементов. Этот препарат используют для лечения гонартроза путем внутрисуставного введения (2). Имеются данные, свидетельствующие о практически равной эффективности при парентеральном введении (3), а также показана возможность лечения алфлутопом межпозвоночного артроза путем паравертебрального введения препарата (4). Особый интерес представляет парентеральный способ введения препарата, особенно при коксартрозе, при котором внутрисуставное введение препаратов разрешено лишь под визуальным (УЗИ) контролем.

Компанией ЗАО ПП «Эндо-фарм-А» разработан препарат Адгелон для внутрисуставных инъекций при ОА.

На экспериментальной модели ОА коленных суставов кролика было показано, что препарат способствует репарации хрящевой ткани с дифференцировкой на слои типичные для гиалинового хряща (5).

Оценив эффект Адгелона при внутрисуставном введении и принимая во внимание тот факт, что его действие основано на сверхмалых концентрациях гликопротеина, мы решили сопоставить эффективность двух способов лечения - внутрисуставного и внутримышечного, что явилось целью настоящей работы.

Препарат Адгелон представляет собой разбавленный до концентрации 1.10⁻¹⁰ г/л водный раствор сывороточного гликопротеина, обладающий биологическим эффектом именно в сверхмалых дозах.

Материал и методы

В исследование вошли 40 пациентов с достоверным по критериям АКР диагнозом гонартроз, наблюдаемые в НИИР РАМН.

Критериями включения служили: лица обоего пола в возрасте от 30 до 80 лет, имеющие рентгенологическое подтверждение гонартроза за предшествующий год, выраженность боли более 3 см по ВАШ при наличии письменного согласия на терапию Адгелоном.

Не включались пациенты, получавшие в предшествующие 6 мес. и продолжающие принимать «хондропротективную» терапию, а также другие препараты и методы лечения, которые могли бы повлиять на оценку результатов.

Схема лечения: 1 группа (20) получала Адгелон внутрисуставно по 2 мл 2 раза в неделю -5-6 инъекций. 2-ой группе (20) препарат вводили парентерально через 2 дня №10. Эффект оценивали по завершении курса лечения и через 3 недели после завершения терапии.

В первую группу вошли 20 пациентов преимущественно с двусторонним гонартрозом (15) в возрасте от 52 до 70 лет (средний 63,8±6,7), второй (у14) и третьей (5) рентгенологической стадией ОА.

Во вторую группу включено 20 пациентов с некоторым преобладанием двустороннего поражения коленных суставов (12). Возраст больных был от 30 до 72 лет (средний 56,8±9,7) Рентгенологическая стадия ОА была преимущественно вторая (15), реже третья (3) и первая (2).

Результаты исследования

В таблицах 1 и 2 представлена динамика основных клинических показателей на фоне терапии Адгелоном, из которой следует, что по завершении курса терапии все показатели претерпели положительную динамику: уменьшилась продолжительность скованности, как в утренние, так и вечерние часы, на треть снизилась выраженность боли в покое, при ходьбе, спуске или подъему по лестнице. Позитивная динамика показателей была сходной в обеих группах на фоне терапии Адгелоном. Однако длительность достигнутого эффекта была больше при внутрисуставном введении препарата, чем при внутримышечном, о чем свидетельствует некоторое замедление позитивной динамики через 3 недели после завершения курса терапии.

Таблица 1

Динамика клинических проявлений гонартроза на фоне внутрисуставного введения Адгелона

Показатель	До лечения	Через 3 нед.	Через 3 нед. после курса леч.	P Хи квадрат
Утренн.скован.мин.	21,0+20,5	16,1+21,2	8,1+15,2	<0,01
Вечерняя скованн.,мин	18,2+21,1	13,8+20,9	7,1+13,8	<0,01
Боль в покое,мм	37,4+80,1	22,4+23,7	12,2+16,3	<0,01
Боль при ходьбе, мм	65,1+25,3	41,9+20,5	30,6+18,4	<0,01
Боль при подъеме по лестнице,мм	70,9+24,6	46,8+25,9	42,0+27,3	<0,01
Боль при спуске по лестн.,мм	68,2+20,9	42,6+26,7	39,1+24,3	<0,01
Боль в ночное время ,мм	33,72+3,4	26,2+28,3	21,4+27,9	<0,01
Боль в ночное время ,мм	27,3+25,4	9,42+16,9	4,04+8,9	<0,01

Нами также было предложено пациентам оценить в баллах (от 0 до 3) их способность выполнять обычные жизненные манипуляции: спуск и подъем по лестнице, вставание со стула и кровати, приседание и др., всего 10 показателей.

Таблица 2

Динамика клинических проявлений гонартроза на фоне внутримышечного введения Адгелона

Показатель	До лечения	Через 3 нед.	Через 3 нед.после курса леч.	P Хи квадрат
Утренн.скован.мин.	25,4+23,05	13,0+18,7	14,5+23,6	<0,01
Вечерняя скованн.,мин	20,5+25,1	6,8+10,0	8,7+15,8	<0,01
Боль в покое,мм	28,0+21,0	11,3+13,8	10,0+15,5	<0,01
Боль при ходьбе,мм	54,5+16,2	33,9+19,0	29,6+22,2	<0,01
Боль при подъеме по лестнице,мм	56,4+25,8	31,2+18,6	32,0+18,1	<0,01
Боль при спуске по лестн.,мм	53,7+27,9	31,8+19,8	29,5+18,8	<0,01

Таблица 3

Динамика функционального состояния пациентов после курса терапии Адгелоном (сумма баллов)

Группа	До лечения	После курса терапии	Через 3 нед. после окончания терапии	X квадр. и (P) по критерию Фишера.
В/сустав.	12,9+3,13	10,3+3.85	9,4+3,84	11,8(0,01)
В/мышечн.	12,6+2,64	7,35+4,49	6,7+4,3	29,2(0.01)

Как следует из таблицы 3, выполнение этих манипуляций значительно облегчилось после проведенного курса лечения Адгелоном, причем лучший результат по сумме баллов оказался в группе получившей внутримышечное введение препарата.

Эффект лечения Адгелоном оценили как хороший 75% больных и 15% – как удовлетворительный при внутрисуставном введении. При парентеральном введении хороший эффект получен у 65% больных.

Проведенное исследование показало, что курсовое лечение Адгелоном больных гонартрозом позволяет уменьшить интенсивность болевого синдрома и улучшить функциональную активность пациентов. При сопоставлении двух схем лечения следует отметить, что при внутрисуставном введении Адгелона отмечается более стойкий эффект, о чем свидетельствует улучшение показателей суставного синдрома и функциональной активности больных. При внутримышечном введении -лучше переносимость. Полученные данные носят предварительный характер, для подтверждения которых необходимо дальнейшее изучение механизмов действия препарата и накопление клинических результатов.

Литература

1. Галушко Е.А., Большакова Т.Ю., Виноградова И.Б. и др.

Структура ревматических заболеваний среди взрослого населения России по данным эпидемиологического исследования. Научно-практ. ревматол., 2009, 1, 11-17.

2. Лукина Г.В., Сигидин Я.А.

Опыт применения препарата алфлутоп в лечении остеоартроза. Клин. ревматол., 1996, 4, 40-43.

3. Чичасова Н.В.

Место медленно-действующих препаратов в рациональной терапии деформирующего остеоартроза. Cons.med., 2005, 8, 634-638.

4. Левин О.С., Олюнин Д.Ю., Голубева Л.В.

Эффективность алфлутопа при хронической вертеброгенной люмбаишалгии по данным двойного слепого плацебо-контролируемого исследования. Научно-практ. ревмат., 2004, 4, 80-84.

5. Неверкович А.С.

Оценка эффективности применения препаратов Адгелон и Неотон при механическом повреждении суставного хряща. Автореф.дисс.к.м.н.,М.,1998.

