

ПРИМЕНЕНИЕ БАЛЬЗАМА «АРТРО-АКТИВ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Н. Г. Бадалов, доктор медицинских наук

Л. И. Дергачева, доцент

А. Шакула, доктор медицинских наук

В. Тихонов.

ФГУ РНЦ восстановительной медицины и курортологии Росздрава, ОАО «ДИОД», Москва

Остеоартроз (ОА) включает группу первично невоспалительных заболеваний суставов различной этиологии со сходными клиническими, биологическими и морфологическими признаками и исходом. При ОА в патологический процесс вовлекаются все компоненты сустава: хрящ, синовиальная мембрана, суставная капсула, субхондральная кость, внутрисуставные связки и периартикулярные мышцы [3].

ОА, будучи самой частой патологией суставов (ее клинические признаки отмечаются почти у 20% населения Земли), является одной из основных причин временной нетрудоспособности и инвалидности и более важным фактором ограничения физической активности, чем болезни сердца, гипертония, нарушения зрения и сахарный диабет [1].

Лечение больных ОА направлено на уменьшение боли, улучшение функционального состояния сустава, предотвращение и замедление прогрессирования суставной деформации. В настоящее время немалое значение придается

обучению пациентов основам лечения ОА и умению контролировать свое заболевание. Оптимальным при лечении ОА признано сочетание медикаментозных и немедикаментозных методов лечения [4–6]. Преимущество последних состоит в отсутствии побочных эффектов и более низкой стоимости. Большое распространение получили препараты из лекарственных растений. Так, в рекомендациях EULAR по лечению ОА, основанных на данных доказательной медицины и мнениях экспертов [5], отмечено, что местное применение препаратов, содержащих капсаицин, клинически эффективно и безопасно.

Отечественный препарат «Артро-Актив» (ОАО «ДИОД»), производимый в виде согревающего бальзама, содержит в качестве активных веществ капсаицин кайенского перца и экстракт ладана, потенцирующие действие друг друга.

Основным действующим компонентом экстракта ладанного дерева являются пентациклические тритерпеновые кислоты: босвеллиевая, ацетил-босвеллиевая и ацетил-11-бос-

веллиевая, которые способны подавлять активность медиаторов воспаления (системы лейкотриенов), тормозить развитие воспалительной реакции. Экстракт ладана оказывает иммуномодулирующее и противовоспалительное действие.

В клинических и экспериментальных исследованиях показано, что капсаицин оказывает местное раздражающее и сосудорасширяющее действие, влияет на серотонинергические механизмы антиноцицептивной системы, способствует снижению тактильной чувствительности нервных окончаний. Капсаицину присущи анальгезирующий и согревающий эффекты.

С учетом актуальности поиска новых, эффективных немедикаментозных технологий изложенные выше данные дают основание для включения в арсенал средств, применяемых при лечении ОА, согревающего бальзама «Артро-Актив».

В настоящее время становится очевидным, что проблема восстановительного лечения хронических заболеваний с прогрессирующим течением,

к которым относится и ОА, не может быть в достаточной степени решена путем использования одного лечебного средства. С учетом сложности этиологии и патогенеза ОА терапевтические воздействия должны быть направлены как на сам патологический процесс, так и на стимуляцию механизмов компенсации. Этого можно добиться комбинацией нескольких факторов. С этой позиции, на наш взгляд, в реабилитации больных ОА перспективным представляется сочетанное применение бальзама «Артро-Актив» с ультразвуковой (УЗ) терапией (с частотой 880 Гц) и инфракрасной (ИК) терапией (аппарат «Световш»), Аппарат «Световит» для индивидуальных местных ИК-облучений осуществляет локальное воздействие на ткани пациента в средневолновом ИК-диапазоне 1000–3500 нм, глубина проникновения – до 4 см. Теоретическими предпосылками для применения этих факторов при ОА явились современные представления о механизмах их лечебного и биологического действия [2].

В исследовании участвовали 60 пациентов; преобладали (73,3%) женщины. Средний возраст обследуемых составил 51,324 года. С диагнозом полиостеоартроза (ПОА) было 78,3% больных, из них у 53,2% в клинической картине доминировал гонартроз (ГА), у 36,2% – коксартроз (КА), у 10,6% – узелковый ОА. В случае ГА у 58% пациентов было одностороннее поражение, у остальных – двустороннее. Среди больных КА патологический процесс у 41%

был двусторонним, у остальных – односторонним. У 36,3% пациентов была зарегистрирована дорсопатия различной локализации.

Клинический статус оценивали на основании жалоб больных, данных анамнеза и по результатам непосредственного обследования суставов. Об эффективности терапии судили по динамике следующих клинических показателей:

1. боль (выраженность боли по ощущению больного) по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), в баллах;
2. число припухших (воспаленных) суставов (ЧПС) – отражает степень распространения воспаления. Оценивали 44 сустава: 0 – припухлости нет, 1 – припухлость есть (видимая или пальпируемая);
3. суставной счет (СС), или число болезненных суставов, – отражает количество болезненных суставов при пальпации без учета степени выраженности признака;
4. индекс Ричи (СИ) – суммарное числовое выражение интенсивности боли при пальпации суставов (оценено 53 сустава). Выраженность боли оценивали по 4-балльной шкале: 0 – отсутствие боли; 1 – наличие боли, констатируемое больным; 2 – умеренно выраженная боль, сопровождающаяся появлением гримасы на лице; 3 – сильная боль, вызывающая у больного желание отстраниться от пальпации;

5. продолжительность утренней скованности в суставах (УС) – оценивалась в минутах;
6. общая оценка своего состояния пациентом (ООС), в баллах (ответ на вопрос: «Насколько сильно ухудшает Ваше состояние данное заболевание?»);
7. недомогание (НД) – оценивалось по 100-мм визуальной аналоговой шкале, в баллах;
8. индекс Lequesne – включает оценку боли в покое и при ходьбе (5 вопросов), максимально проходимого расстояния (1 вопрос) и повседневной активности (4 вопроса); результаты (в баллах) суммировали;
9. индекс Womac – предназначен для самостоятельной оценки пациентом выраженности боли (в покое и при ходьбе – 5 вопросов), скованности (длительность и выраженность – 2 вопроса) и ограничения функции суставов в повседневной деятельности (17 вопросов). Оценка проводилась по ВАШ (в баллах) – от 0 (нет симптомов/ограничений) до 10 (максимальная выраженность симптомов/ограничений); все показатели суммировались;
10. тест Шобера (ТШ) – модифицированный тест для определения подвижности в поясничном отделе позвоночника (в сантиметрах);
11. экскурсия грудной клетки (ЭГК) – тест для определе-

ния объема дыхательных движений (в см); позволяет выявить ограничение подвижности в грудном отделе позвоночника.

Были также включены неспецифические лабораторные тесты, по которым можно судить о степени активности воспалительной реакции. Определяли величину СОЭ, концентрацию С-реактивного белка (СРВ).

Основными у обследованных были жалобы на боли механического и воспалительного характера в пораженных суставах и (или) отделах позвоночника, утреннюю скованность продолжительностью не более 30 мин, ограничение активных и пассивных движений, припухлость сустава за счет небольшого выпота. При объективном исследовании определялись: пальпаторная болезненность суставов, их деформация и деформация, болезненность паравертебральных точек в вовлеченных сегментах позвоночника, сокращение гониометрических показателей. У 48,3% пациентов наблюдались разгибательные контрактуры, у 18,3% зарегистрирован синовит коленных суставов. Отметим, что обязательным условием исследования было сохранение стабильных дозировок поддерживающей медикаментозной терапии за 2 нед до начала лечения и в течение всего курса. В целом по группе 55% больных получали фоновое медикаментозное лечение нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) посто-

янно – в основном диклофенаком и нимесулидом в средней суточной дозе соответственно 150 и 200 мг. У остальных больных прием НПВП носил симптоматический характер.

При клиническом обследовании у всех пациентов была выявлена различная сопутствующая патология, нередко ограничивавшая возможности назначения традиционной лекарственной терапии. Наиболее частым (66%) был хронический гастрит (у 2 пациентов он сопровождался язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки), затем следовали артериальная гипертония (57,2%), рентгенологически подтвержденный остеохондроз позвоночника (36,3%), ишемическая болезнь сердца (8,8%).

Больные были объединены в 3 группы (по 20 пациентов) путем простой рандомизации.

В 1-й группе больным назначали ультрафонофорез

цедуру колебалось от 1 до 3–4; курс лечения включал 10–12 воздействий.

Методика лечения. На подлежащую воздействию поверхность тела тонким слоем с помощью шпателя наносили бальзам. Одновременно проводили УЗ-терапию по лабиальной методике, контактным способом, в непрерывном режиме (аппарат УЗТ-101Ф).

Процедуры выполняли ежедневно. Воздействие назначали вокруг пораженного сустава или паравертебрально вдоль позвоночного столба с интенсивностью (в Вт/см²): на область плечевого сустава – 0,2–0,4, локтевого сустава и кисть – 0,2–0,6, коленного и голеностопного суставов – 0,4–0,6, тазобедренного сустава – 0,6–0,8, на области энтезопатии – 0,2–0,8, контрактур – 0,4–0,8, на паравертебральные зоны позвоночника (соответственно сегменту воздействия) – 0,2–

Таблица 1.

Динамика показателей воспалительной активности под влиянием восстановительного лечения (M±m)

Группа	ЧПС, баллы	УС, мин	СОЭ, мм/ч	СРВ, ед.
1-я	0,9±0,03 0,3±0,01*	18,0±2,4 2,3±0,7*	17,3±1,38 10,6±1,34*	0,9±0,02 0,2±0,01*
2-я	1,13±0,1 0,91±0,1	17,1±2,2 4,0±0,9*	17,8±2,8 12,4±2,1*	0,5±0,1 0,4±0,1
3-я	0,7±0,03 0,6±0,01	16,0±2,3 4,0±0,9*	19,6±3,2 14,0±2,14*	0,4±0,01 0,3±0,01

* – p<0,05; ** – 0,1>p>0,05; в числителе (здесь и в последующих таблицах) – показатели до лечения, в знаменателе – после него.

(УФФ) согревающего бальзама «Артро-Актив» локально на пораженные суставы, паравертебрально на позвоночник с охватом вовлеченных сегментов, а также на область контрактур; число зон воздействия за про-

0,6. Продолжительность воздействия – 5–8 мин на каждый сустав (в зависимости от количества полей) и 2–6 мин на каждую сторону при паравертебральной экспозиции (также в зависимости от количества

Таблица 2.

Динамика объективных клинических показателей под влиянием восстановительного лечения (M±m)

Группа	СС, число	СИ	ТШ, см	ЭГК	Боль, баллы
1-я	4,6±0,5 1,7±0,2*	8,8±0,8 3,6±0,4*	4,8±0,2 5,9±0,2*	5,0±0,01 6,0±0,01*	6,7±0,4 2,9±0,2*
2-я	5,1±0,4 2,6±0,3*	7,6±0,9 4,2±0,8*	4,7±0,3 5,2±0,2**	4,0±0,01 5,0±0,01*	6,3±0,3 3,7±0,3*
3-я	6,1±0,5 3,9±0,3*	15,0±1,0 8,9±0,7*	4,5±0,4 4,7±0,4	4,0±0,4 4,3±0,4	6,1±0,6 3,8±0,4*

* – p<0,05; ** – 0,1>p>0,05; в числителе (здесь и в последующих таблицах) – показатели до лечения, в знаменателе – после него.

полей). Во 2-й группе больным назначали сочетанное воздействие согревающего бальзама «Артро-Актив» с ИК-терапией (аппарат «Световит») ло-

не более 30 мин) в зависимости от количества полей.

Во 3-й группе больные получали аппликации согревающего бальзама «Артро-Актив».

Таблица 3.

Динамика показателей клинического состояния больных под влиянием восстановительного лечения (M±m)

Группа	НД, баллы	ООС	Индекс Womac	Индекс Lequesne
1-я	6,51±0,65 3,04±0,46*	5,61±0,58 2,53±0,41*	127,4±10,33 76,3±8,01 *	20,53±1,43 10,92±0,85*
2-я	5,7±0,26 3,3±0,22*	5,1±0,28 3,2±0,26*	122,5±4,7 80,2±3,8*	19,6±1,3 11,3±0,8*
3-я	5,21±0,41 3,60±0,21*	5,33±0,34 3,72±0,21*	113,0±19,23 90,2±7,31*	19,0±0,63 14,5±0,81*

кально на пораженные суставы, вовлеченные сегменты позвоночника; за процедуру – от 1 до 3 зон воздействия; на курс – 10–12 воздействий.

Методика лечения. Одновременно с нанесением согревающего бальзама «Артро-Актив» проводили ИК-терапию (аппарат «Световит») по лабильной методике, с зазором 3–5 см, в I режиме (мощность не менее 80 Вт). Процедуры выполняли ежедневно. Продолжительность воздействия на каждое поле составляла от 10 до 15 мин (суммарно

Методика лечения. На подлежащую воздействию поверхность тела равномерным слоем с помощью шпателя наносили бальзам, выдержанный при комнатной температуре не менее 2 ч, и укутывали. Продолжительность процедуры составляла 20 мин; курс лечения – 10–12 воздействий.

Во всех группах в лечебный комплекс были включены лечебная гимнастика и массаж.

После завершения курса восстановительного лечения выявлена положительная динамика клинических показате-

телей у пациентов всех групп. Курс УФФ согревающего бальзама «Артро-Актив» оказал выраженное анальгетическое действие при ОА. Так, в 1-й группе зарегистрировано достоверное снижение интенсивности боли на 57%, величины СС – на 63%, СИ – на 59%. Достоверно уменьшались: ЧПС – на 78%, продолжительность УС – на 87%, величина СОЭ в клиническом анализе крови – на 39%, концентрация в крови СРВ – на 78%, что свидетельствовало о существенном противовоспалительном эффекте данной методики. Достоверное уменьшение таких показателей, как НД и ООС (соответственно на 53 и 55%), характеризовало нормализацию клинического статуса пациентов. О возрастании повседневной активности больных и уменьшении функциональной недостаточности опорно-двигательного аппарата говорили благоприятные изменения индекса Womac (снижение на 40%) и индекса Lequesne (на 47%). Значимое увеличение ЭГК на 20% и тенденция к росту величины ТШ на 23% подтверждали повышение амплитуды движений в позвоночнике (см. табл. 1–3).

Во 2-й группе (сочетанное воздействие согревающего бальзама «Артро-Актив» и ИК-терапии) также отмечалось достоверное снижение СОЭ (на 29%) и продолжительности УС (на 76%). Уменьшение показателей СРВ (на 20%) и ЧПС (на 20%) было менее значимым. В то же время позитивная динамика индекса Womac (снижение на 35%) и индекса Lequesne (на 42%) свидетель-

АРТРО-АКТИВ

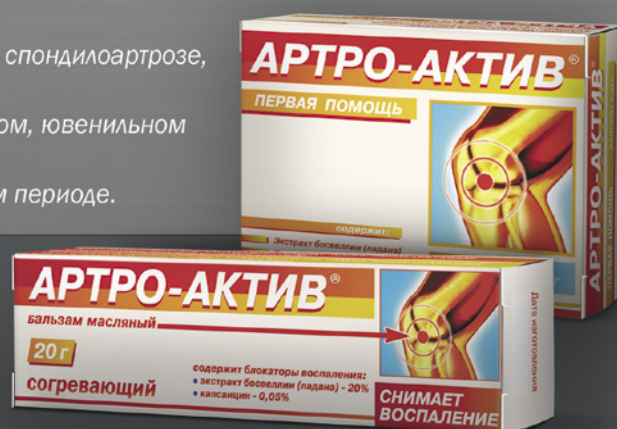
современное решение проблем суставов

В препаратах линии АРТРО-АКТИВ реализованы принципиально новые способы снятия воспаления. Благодаря этому, препараты линии АРТРО-АКТИВ проявляют высокую эффективность и лишены побочных эффектов, характерных для традиционных нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП).

АРТРО-АКТИВ следует применять при:

- остеоартрозе (остеоартрите);
- остеохондрозе позвоночника, спондилоартрозе, спондилите;
- ревматоидном, псориатическом, ювенильном артрите;
- травмах суставов в подостром периоде.

Завод экологической техники экоспиритания "ДИОД".
115114, Москва, ул. Дербеневская, 11-А.
Тел.: (495) 258-9995 www.diod.ru



ствовала о повышении повседневной функциональной активности, уменьшении интенсивности боли, скованности. При обследовании суставов до и после курса восстановительного лечения подтвердился анальгетический эффект соче-танного воздействия бальзама «Артро-Актив» и ИК-терапии. Было выявлено достоверное уменьшение таких показателей, как СС (на 49%), СИ (на 45%), а также боли, измеряемой по ВАШ (на 41%). Об эффективности данной методики можно было судить по улучшению клинической симптоматики: уровень НД понизился на 42% ($p < 0,05$), ООС – на 37% ($p < 0,05$). Кроме того, отмечена положительная динамика ЭГК

(25%) и ТШ (11%), отражающих функциональные возможности позвоночника (см. табл. 1–3).

В 3-й группе, где действующим лечебным фактором были аппликации согревающего бальзама «Артро-Актив», после курса реабилитации отмечались снижение интенсивности пальпаторной болевой чувствительности в пораженных структурах, подавление выраженности местных признаков воспалительной реакции. Динамика объективных клинических признаков – таких, как боль по ВАШ, СС, СИ, составила соответственно 38; 36 и 41%. Показатели воспалительной активности также характеризовались достоверной динамикой: СОЭ умень-

шилась на 29%, продолжительность УС после ночного сна – на 75%, также уменьшение индексов Womac и Lequesne соответственно на 20 и 24% подтверждало благоприятное действие аппликации на такие показатели, как боль, скованность, двигательная активность. Оценка общего состояния и недомогания по ВАШ продемонстрировала положительную динамику этих показателей после курса лечения соответственно на 30 и 31%. В то же время изменения ТШ и ЭГК были несущественными (см. табл. 1–3).

Сравнительный анализ полученных результатов продемонстрировал наибольшую эффективность лечебных ме-

тодик, применявшихся в реабилитации больных ОА в 1-й и 2-й группах (соответственно 85 и 75%). Менее выраженный результат (70%) зарегистрирован после монотерапии с аппликациями согревающего бальзама. Случаев обострения заболевания и ухудшения ни разу отмечено не было.

Анализ результатов реабилитации больных ОА с учетом клинического течения заболевания показал, что в основе терапевтического действия УФФ согревающего бальзама «Артро-Актив» лежат значимые противовоспалительные, анальгетические и антиспастические эффекты. Методика эффективна также для восстановительного лечения дорсопатии различных уровней. При этом УФФ бальзама «Артро-Актив» оказалась более результативной в отношении воспалительной активности, чем остальные методики. Сочетанное применение согревающего бальзама «Артро-Актив» и ИК-терапии в большей степени влияло на показатели выраженности

боли и функциональной активности, чем использование только бальзама.

Положительные результаты, полученные при УФФ бальзама «Артро-Актив», связаны, на наш взгляд, с тем, что вызываемое УЗ повышение проницаемости кожи и других гистогематических барьеров создает благоприятные условия для проникновения молекул бальзама. При этом к механизмам биологического действия УЗ-колебаний добавляются лечебные эффекты бальзама «Артро-Актив». За счет значительного радиационного давления УЗ молекулы бальзама приобретают большую подвижность, увеличивается количество действующих его компонентов, поступающих в организм, возрастает эффективность лечебного действия.

Терапевтический эффект, достигнутый при сочетанном воздействии согревающего бальзама «Артро-Актив» и ИК-терапии, видимо, связан с тем, что действие ИК-излучения, повышая температуру облучаемых зон на 1–2, вызывает местные

терморегуляционные реакции поверхностной сосудистой сети. Эти реакции проявляются изменением тонуса капилляров и функциональных свойств термомеханочувствительных афферентных проводников кожи. Активация микроциркуляторного русла и повышение проницаемости сосудов способствуют усилению фармакодинамики и фармакокинетики составных элементов согревающего бальзама «Артро-Актив». Таким образом, 2 разных фактора действуют как синергисты.

Проведенное клиническое испытание продемонстрировало, что бальзам «Артро-Актив» оказывает определенное анальгезирующее и противовоспалительное действие и является достаточно эффективным средством лечения больных ОА. Отсутствие побочных явлений и хорошая переносимость позволяют рекомендовать его для широкого круга больных ОА. Лечебные эффекты бальзама «Артро-Актив» усиливаются при сочетании с УЗ- и ИК-терапией.

Литература:

1. Беневоленская Л. И. Эпидемиология ревматических заболеваний – вчера и сегодня // Избранные лекции по клинической ревматологии / Под ред. В. А. Насоновой и Н. В. Бунчука. – М.: Медицина, 2001. – С. 14-20.
2. Боголюбов В. М., Пономаренко Г. Н. Общая физиотерапия: учебник, 3-е изд. – М. – СПб. – 1998. – 480 с.
3. Ревматология. Клинические рекомендации. Под ред. Е. Л. Насонова. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2005. – С. 99-112.
4. Doherty M., Jones A., Cawston T. E. Osteoarthritis / Eds. P. J. Maddison, D. A. Isenberg // Oxford University Press, 1998. – P. 1515-1553.
5. Jordan K. M., Arden N. K., Doherty M. et al. EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis'1 Report or a task Force of Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT) // Ann. Rheum. Dis. – 2003; 62:1145-1155.
6. Walker-Bone K., Wells J., Arden N., Cooper C Medical management of osteoarthritis. Clinical review // BMJ. – 2000. – Vol. 321. – P. 936-940.