

ПРИМЕНЕНИЕ БАЛЬЗАМА «АРТРО-АКТИВ» В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА

Л.Л. Силин, доктор медицинских наук, профессор
А.В. Гаркави, доктор медицинских наук, профессор,
А.Е. Семевский, кандидат медицинских наук.

ММА им. И. М. Сеченова.

Остеоартроз и его лечение – одна из важнейших проблем современной артрологии (3, 5). Количество пациентов, страдающих остеоартрозом крупных суставов конечностей, постоянно увеличивается (9). В комплексе консервативных мероприятий при остеоартрозе используют медикаментозную терапию, бальнеотерапию, ЛФК, физиотерапию, тракционное лечение (2,4, 8), Наиболее широко применяют нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), что влечет за собой общеизвестные осложнения (1, 6, 7, 10).

Нами изучено противовоспалительное и обезболивающее воздействие масляного бальзама «Артро-Актив согревающий» (в дальнейшем – бальзам «Артро-Актив») при наружном применении у пациентов с остеоартрозом коленного сустава I-III степени. Бальзам «Артро-Актив» в качестве активного вещества содержит экстракт ладана и капсаицина. Он интенсивно согревает околосуставную область, уменьшает отечность, нормализует кровообращение в мягких тканях.

Критерием включения пациентов в исследование явилось обострение болей в коленных суставах при гонартрозе I-III степени с синовитом или без него, критериями исключения – гонартроз IV степени, резко выраженная деформация при гонартрозе III степени.

Нами проведено наблюдение за лечением 47 пациентов (38 женщин и 9 мужчин) с гонартрозом I-III степени в период обострения болевого синдрома. В основную группу вошли 28 пациентов, в группу сравнения – 19. Возраст пациентов колебался от 27 до 76 лет (в среднем – 52,1 года), причем преобладали (61,7%) лица от 41 до 60 лет.

Одностороннее поражение констатировано у 32 пациентов, двустороннее – у 15. Давность заболевания колебалась от 8 мес до 11 лет. Чаще всего диагностировали гонартроз II степени (29 пациентов), реже – I (11 пациентов) и III (7 пациентов).

Подавляющее большинство пациентов ранее лечились НПВП, хондропротекторами, анальгетиками. 8 больным внутрисуставно вводили кортикостероиды. У 9 пациентов ранее выполнена артроскопическая

санация коленного сустава. Результаты лечения до обращения в нашу клинику: у 6 пациентов эффекта не было, в остальных случаях достигнуто кратковременное улучшение.

Основная группа и группа сравнения были сопоставимы по тяжести поражения, выраженности болевого синдрома, полу и возрасту.

Пациенты группы сравнения получали массаж, физиотерапевтическое лечение, лечебную физкультуру, тракционную терапию по стандартной методике, анальгетики (трамадола ретард). Дозировка анальгетиков зависела от выраженности болевого синдрома. После снижения болевого синдрома до 35 баллов по 100-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ) прием анальгетика прекращали.

В основной группе начало лечения было аналогичным, но с включением в комплекс терапии бальзама «Артро-Актив». Бальзам широко наносили на кожу в области сустава 2-5 раз в день. После снижения болевого синдрома до 35 баллов по ВАШ переходили на монотерапию, т.е. назначали только бальзам и не применяли ни анальгетики, ни физиоле-

чение, ни массаж, оставляя только лечебную физкультуру.

Критерии оценки. Изучены следующие типы боли: боль в покое; боль при движении; боль при начале движения («стартовая» боль); боль после нагрузки; ночные боли; боль при пальпации. Количественная оценка каждого типа боли проведена по 100-балльной ВАШ: 0-5 баллов – боль отсутствует; 6-35 баллов – незначительная боль; 36-55 баллов умеренная боль; 56-75 баллов – сильная боль; 76-100 баллов – очень сильная боль.

Признаком локального асептического воспаления являлась припухлость в области коленного сустава по 5-балльной шкале вербальной оценки (ШВО): 0 баллов – признак отсутствует; 1 балл – признак выражен незначительно; 2 балла – выражен умеренно; 3 балла – выражен значительно; 4 балла – резко выражен.

Двигательную активность оценивали в тесте ходьбы – время, необходимое пациенту, чтобы пройти 6 м с ходу (начало ходьбы за 1 м до начала дистанции), и TUG-теста (время, необходимое пациенту, сидящему прислонившись к спинке стула, чтобы встать, пройти 3 м, вернуться, сесть на стул и принять исходное положение).

Исследование проводили до начала лечения, на 3,7,14-й и 21-й день. Сроки наблюдения ограничивались 3 нед. В конце наблюдения оценивали эффективность и переносимость лечения (оценку производили отдельно врач и пациент по 4-балльной шкале: 1 балл – неудовлетворительно, 2 балла – удовлетворительно, 3 балла – хорошо, 4 балла – отлично).

Таблица 1.
Динамика показателей клинического состояния больных под влиянием восстановительного лечения (M ± m)

Группа	До начала лечения	Через 3 дня	Через 7 дней	Через 14 дней	Через 21 день
Основная	100	75,7 ± 4,2	53,5 ± 2,7	34,2 ± 1,4	22,5 ± 1,3
Сравнения	100	94,8 ± 1,1	86,3 ± 4,3	71,6 ± 3,2	59,5 ± 3,1
P	-	>0,5	<0,001	<0,001	<0,001

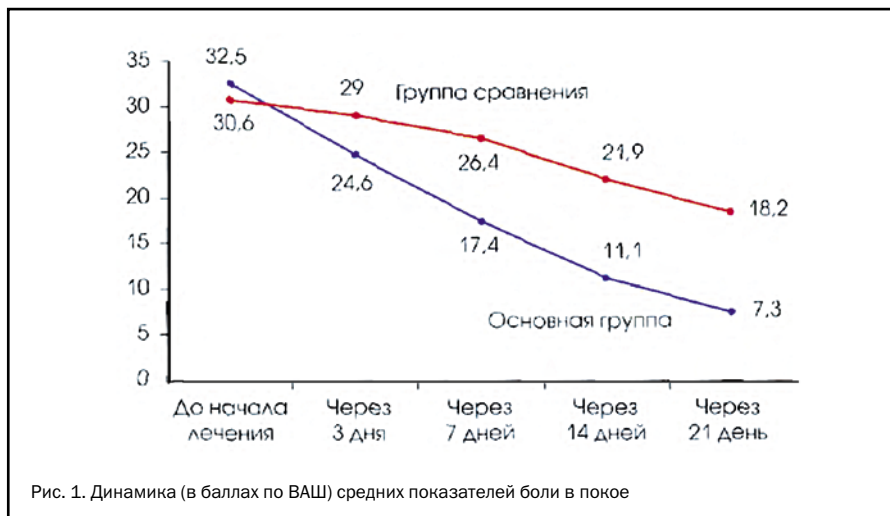


Рис. 1. Динамика (в баллах по ВАШ) средних показателей боли в покое

Все пациенты основной группы после нанесения бальзама «Артро-Актив» отмечали локально либо тепло, либо тепло с легким жжением без неприятных ощущений.

При анализе динамики болевого синдрома выявлено следующее. Боль в покое оценена в среднем пациентами основной группы перед началом лечения в $32,5 \pm 1,6$ балла по ВАШ, в группе сравнения –

в $30,6 \pm 1,5$ балла, что соответствует верхней границе диапазона «незначительных» болей (рис. 1).

При примерно одинаковом исходном уровне боли в покое темпы снижения болевого синдрома были значительно выше у пациентов основной группы. Так, снижение интенсивности болей примерно на 25% было достигнуто у пациентов основной группы уже к 3-м

Таблица 2.
Динамика (в баллах по ВАШ) среднего показателя боли при движениях (m ± m)

Группа	До начала лечения	Через 3 дня	Через 7 дней	Через 14 дней	Через 21 день
Основная	46,2 ± 2,3	33,9 ± 1,6	29,3 ± 1,2	16,2 ± 0,8	10,3 ± 0,55
Сравнения	47,0 ± 2,4	40,0 ± 2,0	36,2 ± 1,5	32,5 ± 1,5	21,0 ± 1,1
P	>0,5	<0,05	<0,01	<0,001	<0,001

суткам, а у пациентов группы сравнения – к 14-м. В группе сравнения к концу наблюдения (21-е сутки) боли в покое снизились менее чем на 50%, тогда как в основной группе за то же время – в 4,5 раза, а средний показатель приблизился к уровню «отсутствие боли» (см. рис. 1, табл. 1).

Боль при движении была выражена сильнее, чем боль в покое, у всех пациентов. Начальный ее уровень составил в среднем в основной группе $46,2 \pm 2,1$ балла по ВАШ, в группе сравнения – $47,0 \pm 2,6$ балла. Таким образом, показатель боли в обеих группах перед началом лечения находился на середине шкалы, оцениваемой как «умеренная боль».

В основной группе уже к 3-му дню показатель интенсивности болевого синдрома при движениях был ниже верхней границы диапазона «незначительных» болей (35 баллов по ВАШ). В группе сравнения только к 14-м суткам средний показатель боли снизился до $32,5 \pm 1,5$ балла по ВАШ (различия в динамике показателей достоверны: $p < 0,001$).

Различие темпов снижения боли при движениях у пациентов обеих групп было менее выражено, чем при оценке боли в покое. Тем не менее к концу исследования среднее значение анализируемого показателя у пациентов основной группы в процентах к начальному уровню было в 2 раза ниже, чем у пациентов группы сравнения (рис. 2, табл. 2).

Боль в начале движений («стартовая») до начала лечения у пациентов основной группы составила в среднем

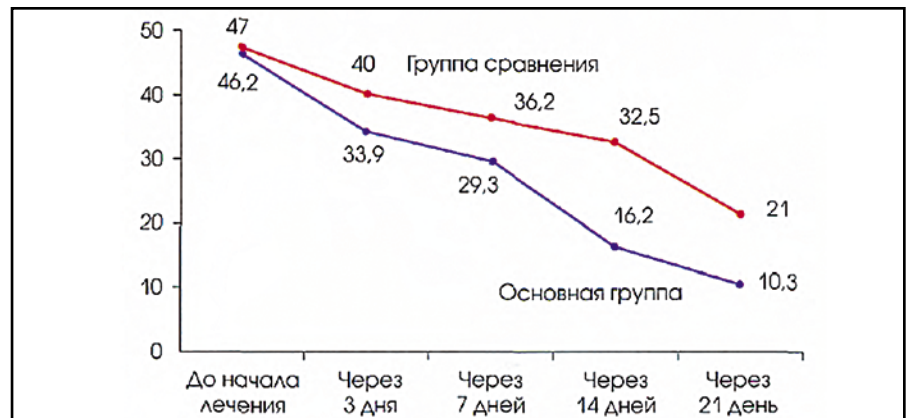


Рис. 2. Динамика (в баллах по ВАШ) среднего показателя боли при движениях.

Таблица 3. Динамика (8 % к исходному уровню) среднего показателя «стартовой» боли (м ± m)

Группа	До начала лечения	Через 3 дня	Через 7 дней	Через 14 дней	Через 21 день
Основная	100	$74,2 \pm 3,9$	$61,9 \pm 3,0$	$33,7 \pm 1,7$	$23,5 \pm 1,6$

$50,7 \pm 2,7$ балла по ВАШ, а у пациентов группы сравнения $49,5 \pm 2,8$ балла, т.е. у пациентов обеих групп была несколько выше, чем боль при движении.

Уже к 3-му дню у пациентов основной группы интенсивность «стартовых» болей приближалась к границе «незначительных», составив $37,6 \pm 1,9$ балла по ВАШ, тогда как в группе сравнения такой показатель достигнут только

к 14-м суткам (в это время уровень болевого синдрома в основной группе снизился до $17,1 \pm 0,7$ балла, находясь в середине диапазона «незначительная боль»).

К концу наблюдения среднее значение «стартовых» болей у пациентов основной группы в процентах к исходному уровню было меньше, чем у пациентов группы сравнения в 2,2 раза (рис. 3, табл. 3).

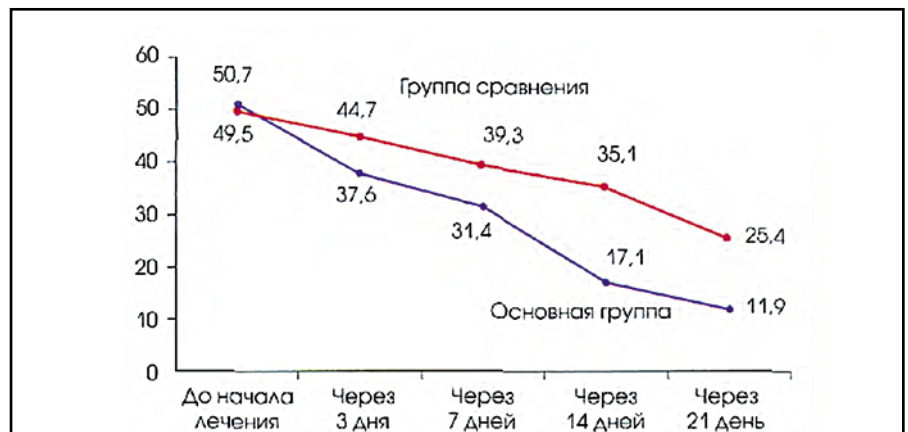


Рис. 3. Динамика (в баллах по ВАШ) среднего показателя «стартовой» боли.

Боль после нагрузки составила в среднем у пациентов основной группы $42,4 \pm 2,0$ балла по ВАШ, а у пациентов группы сравнения – $41,6 \pm 1,7$ балла, что несколько ниже показателей «стартовых» болей и болей при движении ($p=0,1$), но выше показателей болей в покое ($p<0,001$).

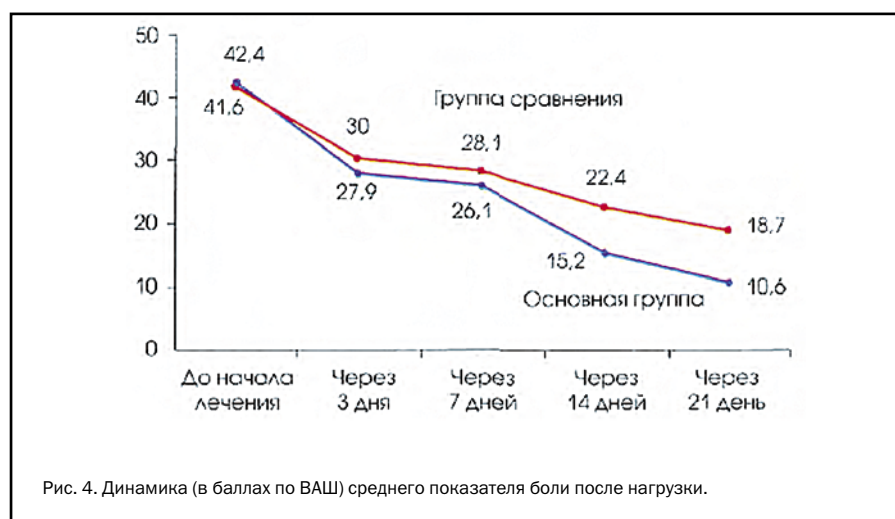
У пациентов основной группы ослабление болей после нагрузки происходило быстрее, чем у пациентов группы сравнения, к 3-му дню у пациентов основной группы этот показатель снизился на 34,2% по сравнению с исходным уровнем. В группе сравнения подобный уровень снижения этого показателя (32,5%) достигнут только на 7-й день. Через 3 нед боли у пациентов основной группы уменьшились на 75,0%, а в группе сравнения – на 55,0% (на 20% меньше). Разница в динамике снижения боли высокодостоверна ($p<0,001$). Таким образом, очевидное преимущество лечения у пациентов основной группы по показателю «боль после нагрузки» выявляется к 14-м суткам наблюдения (рис. 4, табл. 4).

Интенсивность ночных болей до начала лечения оценена в среднем у пациентов основной группы в $26,5 \pm 1,2$ балла, у пациентов группы сравнения – в $25,1 \pm 1,1$ балла по ВАШ, т.е. находилась у верхней границы диапазона «незначительных» болей. Уже к 3-му дню интенсивность ночных болей у пациентов основной группы снизилась на 69,1% и приблизилась к верхней границе диапазона «отсутствие боли», составив $8,2 \pm 0,3$ балла по ВАШ ($p<0,001$). В дальнейшем ночные боли

Таблица 4.

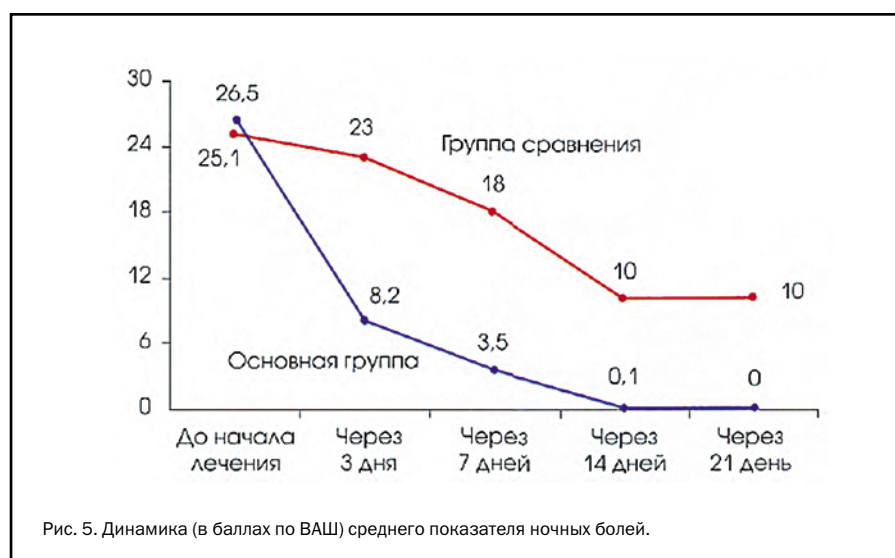
В % к исходному уровню среднего показателя боли после нагрузки (м ± m)

Группа	До начала лечения	Через 3 дня	Через 7 дней	Через 14 дней	Через 21 день
Основная	100	$65,8 \pm 2,6$	$61,6 \pm 3,1$	$35,8 \pm 1,6$	$25,0 \pm 1,5$
Сравнения	100	$72,1 \pm 3,6$	$67,5 \pm 2,7$	$53,8 \pm 2,7$	$45,0 \pm 2,9$
P		0,1	$>0,2$	$<0,001$	$<0,001$



у пациентов основной группы были полностью купированы. В группе сравнения у пациентов, не получавших противовоспалительных препаратов,

регресс ночных болей происходил значительно медленнее. К концу наблюдения (21-е сутки) интенсивность болей у пациентов группы сравнения



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 экопитания "ДИОД".
115114, Москва, ул. Дербеневская, 11-А.
Тел.: (495) 258-9995 www.dioid.ru

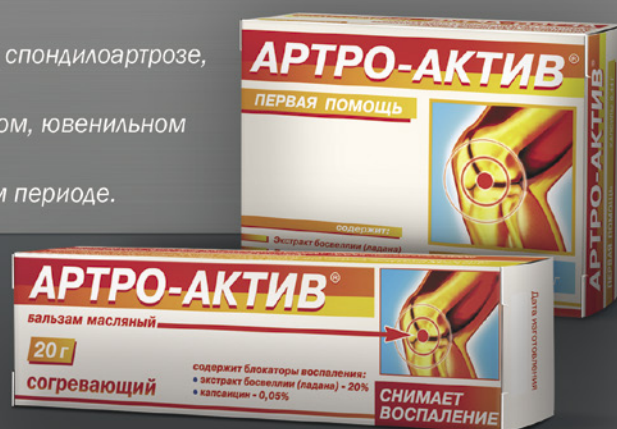


Таблица 5.

Динамика (в % к исходному уровню) среднего показателя ночных болей (м ± т)

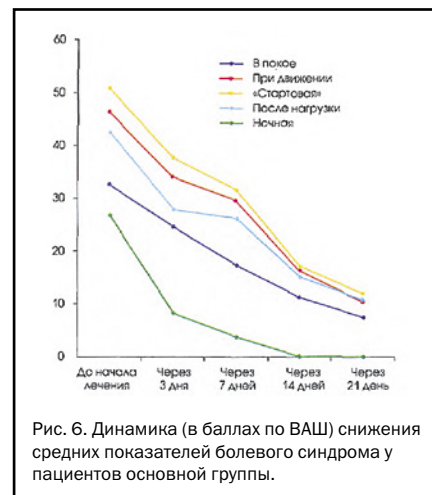
Группа	До начала лечения	Через 3 дня	Через 7 дней	Через 14 дней	Через 21 день
Основная	100	30,9 ± 1,9	13,2 ± 0,7	0,4 ± 0,02	0
Сравнения	100	91,6 ± 0,4	71,7 ± 2,8	39,8 ± 2,4	39,8 ± 2,6
P	-	< 0,0001	< 0,0001	< 0,001	< 0,001

была выше, чем у пациентов основной группы к 3-му дню (рис. 5, табл. 5).

Поскольку ночные боли обусловлены главным образом асептическим воспалением в суставе, можно говорить о противовоспалительном эффекте местного применения бальзама «Артро-Актив».

Представлялось интересным сравнить динамику болевого синдрома по всем 5 видам фиксируемых болей у пациентов основной группы (рис. 6).

Представлялось интересным сравнить динамику болевого синдрома по всем 5 видам фиксируемых болей у пациентов основной группы (рис. 6).



Из приведенного графика видно, что уже к 3-м суткам лечения у пациентов основной группы средние показатели болевого синдрома по всем видам определяемых болей, кроме «стартовых», находились

Таблица 6.

Регресс (в % к исходному уровню) средних показателей болевого синдрома у пациентов основной группы

Боль	До начала лечения	Через 3 дня	Через 7 дней	Через 14 дней	Через 21 день
В покое	100	75,7 ± 4,2	53,5 ± 2,7	34,2 ± 1,4	22,5 ± 1,3
При движении	100	73,4 ± 3,7	63,4 ± 3,4	35,1 ± 2,1	22,3 ± 0,9
«Стартовая»	100	74,2 ± 3,9	61,9 ± 3,0	33,7 ± 1,7	23,5 ± 1,6
После нагрузки	100	65,8 ± 2,6	61,6 ± 3,1	35,8 ± 1,6	25,0 ± 1,5
Ночная	100	30,9 ± 1,9	13,2 ± 0,7	0,4 ± 0,02	0

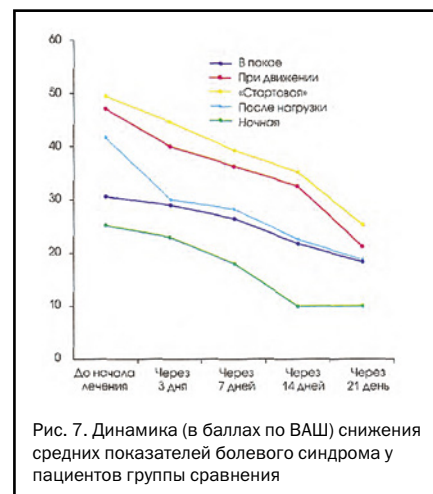


Рис. 7. Динамика (в баллах по ВАШ) снижения средних показателей болевого синдрома у пациентов группы сравнения

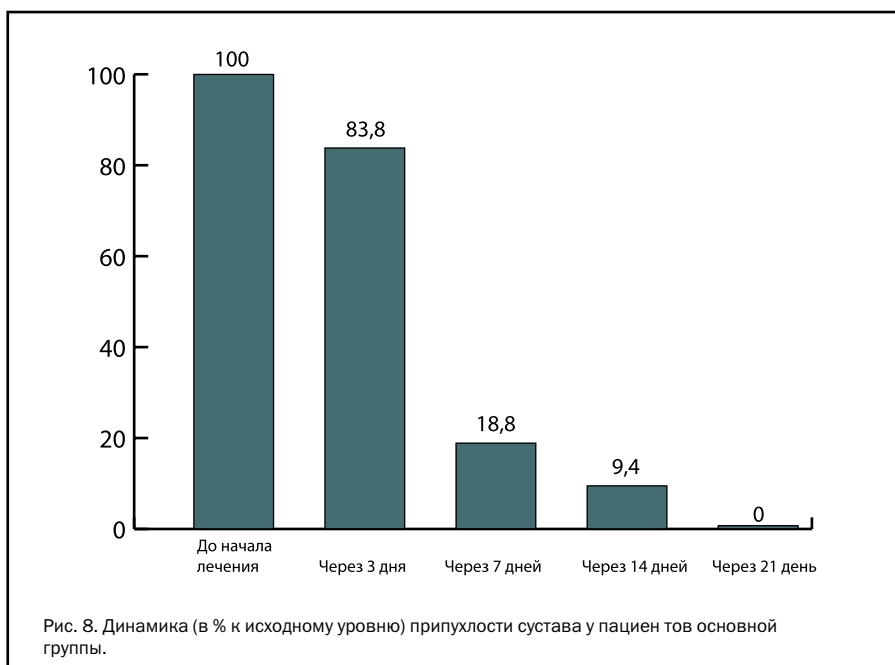


Рис. 8. Динамика (в % к исходному уровню) припухлости сустава у пациентов основной группы.

О противовоспалительном эффекте свидетельствует и динамика припухлости сустава (рис. 8).

Снижением болевого синдрома можно объяснить повышение функциональной активности пациентов, которую оценивали на основании теста ходьбы и TUG-теста (рис. 9).

Таким образом, в процессе лечения гонартроза время в тесте ходьбы и TUG-тесте у пациентов основной группы сократилось соответственно на 29,0 и 28,7% (относительно начальных значений этих показателей; отличие высокодостоверно: $p < 0,001$), При этом участие пациентов с гонартрозом I степени это время сократилось более чем на 40%, однако у некоторых пациентов с поражением III степени это уменьшение не превышало 10%.

К концу наблюдения ни в одном случае не отмечено ухудшения состояния пациентов. Улучшение зафиксировано у 24 (85,7+6,6%) человек. Не отметили улучшения 4 (14,3 ± 6,6%) пациента. Оценка результатов лечения врачом и пациентами в основной группе приведена в табл. 7.

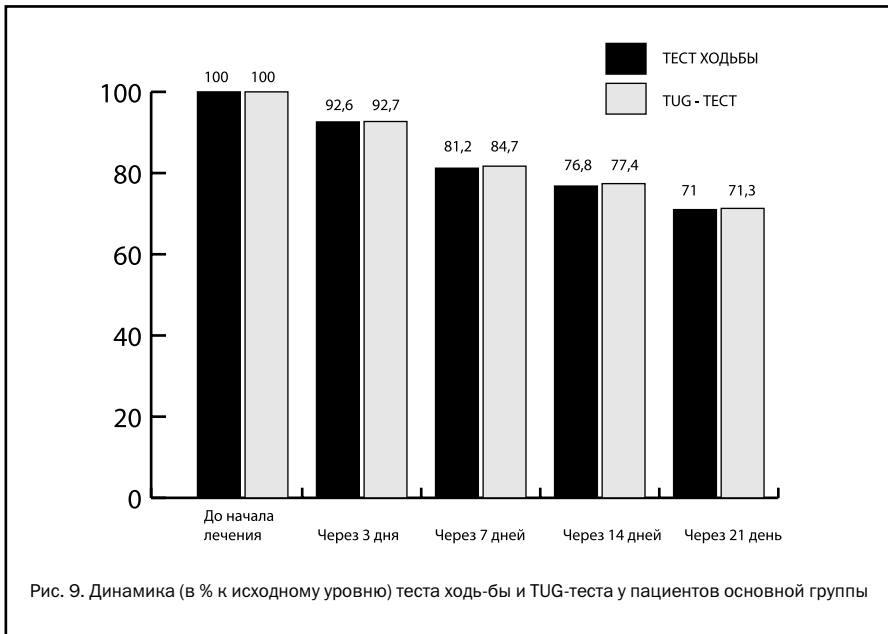
в границах диапазона «незначительная боль» (6-35 баллов по ВАШ), а средний показатель «стартовых» болей лишь незначительно превосходил верхнюю границу этого диапазона. Это позволило к 3-м суткам у пациентов основной группы отказаться от применения анальгетика трамадола ретард. В то же время у пациентов группы сравнения средние показатели «стартовой» боли и боли при движении переместились в диапазон «незначительная боль» только

к 14-м суткам, поэтому у них анальгетическая терапия продолжалась 2 нед (рис. 7).

Темпы снижения всех видов болей, кроме ночных, у пациентов основной группы были практически одинаковы (табл. 6). Существенно более быстрое снижение интенсивности ночных болей нельзя объяснить только обезболивающим эффектом, что подтверждает сделанный ранее вывод о противовоспалительном действии бальзама «Артро-Актив».

Таблица 7.
Оценка результатов лечения пациентов основной группы (м ± m)

Оценка	Отлично и хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно	Всего
Врачом	18 (64,3 ± 9,0%)	6 (21,4 ± 8,2%)	4 (14,3 ± 6,6 %)	28 (100%)
Пациентом	20 (71,4 ± 8,5%)	5 (17,9 ± 7,2%)	3 (10,7 ± 5,9%)	28 (100%)
P	>0,5	>0,5	>0,5	-



Из таблицы видно, что в большинстве случаев результаты лечения оценены как отличные и хорошие как врачом (64,3 ± 9,0%), так и пациентами (71,4 ± 8,5%). При этом оценка результатов лечения пациентами была несколько выше, чем врачом, что можно объяснить влиянием эмоционального

фактора на фоне уменьшения болевого синдрома у длительно страдающих гонартрозом людей. В то же время различия в оценке результатов лечения пациентами и врачом не являются статистически достоверными (p>0,5); это говорит о том, что результаты лечения и пациенты, и врачи оценивали примерно одинаково.

Переносимость препарата, по мнению как пациентов, так и врачей, была отличной и хорошей. Нежелательные явления общего характера отмечены в 1 случае у пациентки, которая в связи с сопутствующей патологией плечевого сустава наносила бальзам не только на область коленного сустава, но и на область плечевого сустава, надплечья.

Появившуюся у нее головную боль она связала с вдыханием паров бальзама при втирании в кожу надплечья. Больная отказалась от дальнейшего использования препарата на 7-й день лечения. В остальных случаях нежелательных явлений и прерывания лечения не было.

Вышеизложенное позволяет сделать следующие выводы:

- применение бальзама «Артро-Актив» в лечении пациентов с гонартрозом I-III степени привело к достоверному снижению болевого синдрома по всем параметрам определяемой боли, уменьшению признаков локального асептического воспаления и повышению степени физической активности;

- применение бальзама «Артро-Актив» при гонартрозе I-II степени позволяет либо полностью отказаться от дополнительного назначения анальгетиков, либо значительно сократить их

разовую и общую дозу; при более тяжелых поражениях эффект препарата снижается;

- результаты лечения с применением бальзама «Артро-Актив» как по объективным критериям, так и по субъективной оценке пациентов, достоверно лучше, чем у пациентов группы сравнения;

- бальзам «Артро-Актив» может быть рекомендован в качестве эффективного и безопасного препарата в комплексе консервативного лечения гонартрозов I-III степени.

Литература:

1. Беневоленская Л. И. Эпидемиология ревматических 1. Насонов Е. Л, НПВП (перспективы применения в медицине). – М., 2000.
2. Насонов Е, Л. Современные направления фармакотерапии остеоартроза // Consilium medicum, – 2001. – Т, 3, №9, – С. 409–414.
3. Насонов Е, Л. Ревматология, – М., 2004.
4. American college of rheumatology subcommittee on osteoarthritis guidelines. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee // Arthr. Rheum, – 2000, 43,1905–1915.
5. Brandt K. D. Diagnosis and nonsurgical management of osteoarthritis / K. D. Brandt – 2-nd edition – Professional Communications Inc. –2000, 304,
6. Brooks R, Emery P, Evans J. F. et al, Interpreting the clinical significance of the differential inhibition of Cyclooxygenase-1 and Cyclooxygenase-2 // Rheumatol. – 1999, 38, 779–788.
7. DuBois R. N., Abramson S, B., Crofford L. et al, Cyclooxygenase in biology and medicine // FASEB J. – 1998, 12, 1063–1073.
8. Register J, Y, Deroisy R., Paul I. et al. Longterm effects of glucosamin sulphat on osteoarthritis progression: a randomized, placebo-controlled clinical trial // Lancet. – 2001, 357, 251–256.
9. Reginster J. Y//J. Rheumatol,– 2003, 30, suppl. 67, – P 14–20.
10. Smith C. L., Zhang Y, Kobold C, M. et al. Pharmacological analysis of Cyclooxygenase-1–2 in inflammation, Proc. Nat. Acad. Sci, 1998, 95, 1313–1318.