

Базисная терапия остеоартрита: применение препарата Амбене® Био в клинической практике

О.М. Урясьев¹, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии имени профессора В.Я. Гармаша;

О.Ю. Лазарева¹, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры факультетской терапии имени профессора В.Я. Гармаша;

Е.А. Долженкова², заведующая отделением ревматологии;

Е.В. Огорельцева², врач-ревматолог.

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России (ул. Высоковольтная, 9, г. Рязань, Россия, 390026);

² Государственное бюджетное учреждение Рязанской области «Областная клиническая больница» (микрорайон Канищево, ул. Интернациональная, 3А, г. Рязань, Россия, 390039).

Остеоартрит — самое распространенное заболевание суставов. В целом, около 10 % населения земного шара страдает этой патологией. В основе патогенеза остеоартрита лежит хроническое низкоинтенсивное воспаление, активация провоспалительных иммунных механизмов и аномальный восстановительный ответ. В исходе заболевания развиваются структурные изменения в суставе, которые приводят к развитию стойкого болевого синдрома и функциональным нарушениям.

Ключевые слова: остеоартрит, базисная терапия, симптоматические препараты замедленного действия, Амбене® Био.

Basic therapy of osteoarthritis: the use of Ambene® Bio preparation in clinical practice

O. M. Uryasev¹, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department of the Faculty Therapy named after Professor V.Ya. Garmash;

O. Y. Lazareva¹, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Faculty Therapy named after Professor V.Y. Garmash;

E. A. Dolzhenkova², Head of the Rheumatology Department;

E. V. Ogorelceva², rheumatologist.

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlov" of the Ministry of Health of the Russian Federation (9, Vysokovoltnaya str., Ryazan, Russia, 390026);

² The State budgetary institution of the Ryazan region "Regional Clinical Hospital" (3A, Internatsionalnaya str., Ryazan, Russia, 390039).

Osteoarthritis is the most common joint disease. In general, about 10 % of the world's population suffers from this pathology. The pathogenesis of osteoarthritis is based on chronic low-intensity inflammation, activation of proinflammatory immune mechanisms and an abnormal regenerative response. As a result of the disease, structural changes in the joint develop, which lead to the development of persistent pain syndrome and functional disorders.

Keywords: osteoarthritis, basic therapy, symptomatic delayed-action drugs, Ambene® Bio.

Остеоартрит (ОА) — самое распространенное заболевание суставов, которое сопровождается постоянным болевым синдромом, нарушением функциональных возможностей и ухудшением качества жизни пациентов. ОА страдает более 10 % населения земного шара. В пяти развитых странах (Германия, Италия, Франция, Великобритания, Испания) зарегистрировано 81 млн больных ОА и более 380 млн — в России, Бразилии, Индии и Китае. В России ОА коленных, тазобедренных суставов страдает 13 % населения старше 18 лет. Распространенность ОА суставов кистей варьируется от 2,0 до 16,3 % [1, 3].

Длительно это заболевание рассматривалось как процесс естественного старения сустава, неизбежная, связанная только с возрастом патология. Однако, в дальнейшем патогенез ОА был изучен более подробно и показано, что при этом заболевании происходит активация провоспалительных механизмов адаптации. Полагают, что активация аномального воспалительного каскада возникает вследствие клеточного стресса и дегградации экстрацеллюлярного матрикса при макро- или микроповреждениях. Исходно изменения происходят на молекулярном уровне (анормальный адаптивный восстановительный ответ, активация провоспалительных иммунных механизмов) и постепенно приводят к физиологическим и анатомическим нарушениям (деградации хряща, отеку костного мозга, ремоделированию субхондральной кости, образованию остеофитов, воспалению структур сустава и т. д.). При ОА хроническое низкоинтенсивное воспаление захватывает все компоненты сустава: хрящ, субхондральную кость, капсулу, синовиальную оболочку, связочный аппарат, мышцы [1, 2].

По современным представлениям, ОА — результат взаимодействия возрастных, гормональных, воспалительных, иммунологических, генетических и средовых факторов. Это гетерогенное заболевание, в развитии которого принимает участие комплекс факторов. Выделяют: системные (пол, раса, гормональный статус, генетические причины, минеральная плотность костей [МПК]), локальные (травмы, слабость мышц, нарушение оси сустава, аномалии развития костно-мышечной системы, в частности, гипермобильность, дисплазия суставов) и внешние (ожирение, специфическая спортивная нагрузка, профессиональные) факторы [2].

Клиническая картина ОА включает несколько симптомов: боль механического ритма, утренняя

скованность длительностью до 30 мин после пробуждения, крепитация при движениях в суставе, нарушение функции, атрофия окружающих групп мышц и развитие нестабильности в суставе, поздние деформации. Боль в заинтересованном суставе возникает во время механической нагрузки. Характерны также кратковременные стартовые боли после начала движения. Боль является постоянным симптомом, она сохраняется большинство дней предыдущего месяца. Причины боли разнообразны, как правило, они появляются при поражении субхондральной кости (отек костного мозга, повышение интрамедуллярного давления), воспалении синовиальной оболочки (синовит) и околоуставных тканей (растяжение капсулы сустава, повреждение сухожильно-связочного аппарата). Боль при ОА, как правило, ослабевает в покое. Деформация сустава чаще происходит в результате пролиферативных изменений, роста остеофитов. Часто у пациентов с ОА определяется крепитация (хруст, треск или скрип) в суставах при активном движении, как следствие нарушения конгруэнтности суставных поверхностей, ограничения подвижности в суставе или блокады «суставной мышью».

Для поражения отдельных групп суставов характерна специфическая картина. При гонартрозе боль, как правило, локализуется по передней или внутренней поверхности коленного сустава, усиливается в состоянии сгибания. Может быть болезненна пальпация в проекции суставной щели коленного сустава. При длительном течении заболевания развивается гипотрофия четырехглавой мышцы бедра и нестабильность, варусная деформация коленного сустава, которая сопровождается нарушением нормальной оси конечности. При коксартрозе боль, обычно, локализуется в области паховой складки, по наружной поверхности бедра, в области ягодицы. В некоторых случаях может быть болезненна пальпация тазобедренного сустава в области паховой складки латеральнее бедренной артерии. При длительном течении заболевания развивается гипотрофия ягодичных мышц, укорочение конечности на стороне поражения, асимметрия таза и изменение походки вследствие нарушения формы головки бедренной кости («утиная» походка), сколиоз позвоночника. Конечность, как правило, занимает вынужденное охранительное положение в состоянии сгибания в тазобедренном суставе [4].

Для ОА наиболее типично медленно прогрессирующее течение с постепенным нарастанием



клинической и рентгенологической симптоматики, ухудшением функциональной способности суставов и структурными нарушениями.

Лечение ОА скалывается из применения нефармакологических и фармакологических методов коррекции. Во всех случаях показаны образовательные программы для пациентов, обучающие методам дозированной лечебной физкультуры, основам диетотерапии, коррекция избыточной массы тела. Регулярные физические упражнения позволяют уменьшить болевой синдром, укрепить заинтересованные мышцы и уменьшить явления нестабильности сустава. При поздних стадиях ОА необходима разгрузка пораженного сустава, с этой целью подбирают ортопедические приспособления: ортезы, брейсы, ортопедические стельки.

Всем пациентам с ОА при отсутствии противопоказаний рекомендованы физиотерапевтические методы лечения: криотерапия при наличии синовита, тепловые процедуры, чрескожная электронейростимуляция, лазеротерапия и др. для уменьшения болевого синдрома. Используют также иглорефлексотерапию, массаж, бальнеотерапию (сульфидные, грязевые, радоновые ванны и т. д.) [4].

Если применение нефармакологических методов лечения не привело к снижению болевого синдрома и улучшению функционального статуса, на следующем этапе терапии показано назначение фармакологических препаратов — длительная «базисная терапия» симптоматическими препаратами замедленного действия (СПЗД): хондроитина сульфатом и/или глюкозамином или их комбинацией, препаратами с иным механизмом действия (производные антрахинона, неомыляемые соединения авокадо / сои и др.). СПЗД обладают анальгетическим и противовоспалительным эффектом. При длительном применении способны оказывать структурно-модифицирующий эффект за счет купирования хронического низкоинтенсивного воспаления в суставе. Для достижения поставленных целей терапии эти препараты должны применяться длительно (не менее 6 месяцев в году), эффект развивается через 6–12 недель и сохраняется после отмены препаратов еще 4–12 недель. Безопасность СПЗД при длительном применении не вызывает сомнений, дополнительным преимуществом является снижение потребности в нестероидных противовоспалительных препаратах (НПВП) на фоне лечения, что позволяет снизить нежелательные побочные явления терапии. СПЗД оказывают противовоспалительное,

обезболивающее и структурно-модифицирующее действие, их рекомендуют применять в качестве препаратов первой линии для длительного лечения ОА. Для повышения биодоступности и достижения более быстрого обезболивающего эффекта СПЗД могут назначаться парентерально — в виде внутримышечных инъекций [5].

В широкую клиническую практику вошел препарат Амбене® Био. Это инъекционный СПЗД российского производства. Амбене® Био. содержит комплекс низкомолекулярных полипептидов с молекулярной массой 300–600 Да (цитомедины), мукополисахариды, аминокислоты, ионы натрия, калия, магния, железа, меди и цинка. В производстве Амбене® Био используются процессы экстракции, нано- и ультрафильтрации для получения биоактивного концентрированного экстракта необходимого состава с высокой степенью чистоты и однородности. В 2018 г. было инициировано клиническое пострегистрационное «Сравнительное исследование эффективности и безопасности Амбене® Био при ОА различной локализации» (КОЛИБРИ). Препарат вводился внутримышечно (в/м) по 1 мл в день 5 дней в неделю, всего 20 инъекций на курс. Проводилось два курса лечения с интервалом в 6 месяцев, согласно инструкции по применению. В исследование были включены 233 пациента с достоверным диагнозом ОА. На фоне терапии было отмечено значимое снижение интенсивности боли при движении по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). У больных ОА коленных суставов наблюдалось статистически значимое уменьшение боли и скованности по индексу WOMAC. Согласно протоколу клинического исследования КОЛИБРИ, всем пациентам с ОА коленных суставов было выполнено ультразвуковое исследование с целью выявления выпота как одного из признаков синовита. Если исходно в подгруппе Амбене® Био выпот выявлялся в 64,7 % случаев, то в конце наблюдения он сохранялся только в 21,9 % случаев. Потребность в НПВП на фоне проводимой терапии снизилась к окончанию исследования. Доля больных, не нуждавшихся в дополнительном назначении НПВП, в подгруппе Амбене® Био возросла с 26,6 до 54,2 % [6].

Приводим собственное клиническое наблюдение ведения пациента с ОА с применением Амбене® Био. Пациентка Б, возраст 64 года, обратилась к ревматологу с жалобами на боли в коленных суставах при спуске по лестнице, деформацию и боли в дисталь-





ных межфаланговых суставах кистей. Указанные симптомы появились около двух лет назад, усилились за последние 2 месяца. Для купирования болевого синдрома пациентка применяла топические НПВП с умеренным улучшением. При осмотре: состояние удовлетворительное, периферических отеков нет, лимфоузлы не увеличены. При аускультации в легких дыхание везикулярное, хрипов нет, число дыхательных движений 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, шумов при аускультации нет. Артериальное давление 135/85 мм рт. ст., число сердечных сокращений 72 в минуту. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, хронический гастрит. Локальный статус: деформация дистальных межфаланговых суставов кистей по типу узелков Гебердена, они болезненны при пальпации. Варусная деформация коленных суставов. Объем движений в коленных суставах ограничен: сгибание 70°, разгибание 180°, ВАШ 60 мм.

Инструментальные исследования. Рентгенография коленных суставов в двух проекциях под

нагрузкой: рентгенографические признаки остеоартроза II стадии. Рентгенография кистей: рентгенографические признаки остеоартроза дистальных межфаланговых суставов II стадии. Диагноз: двусторонний гонартроз II стадии, ОА суставов кистей II стадии.

Пациентке назначена терапия с применением Амбене® Био по 2 мл в/м через день №10. К моменту окончания курса лечения болевого синдрома по шкале ВАШ составил 20 мм. Пациентка отмечает субъективное улучшение самочувствия, увеличение толерантности к физической нагрузке.

Таким образом, применение Амбене® Био у пациентов с ОА позволяет достичь анальгетического и противовоспалительного эффекта при курсовом применении и повысить безопасность проводимой терапии за счет снижения потребности в НПВП. Применение Амбене® Био во многих случаях позволяет улучшить функциональный статус и добиться длительной ремиссии у пациентов с ОА.

Литература

1. Алексеева Л.И., Шарапова Е.П., Лиля А.М. Остеоартрит суставов кистей: распространенность, факторы риска, фенотипы, диагностика, лечение. Современная ревматология. 2022;16(6):98–105. DOI: 10.14412/1996-7012-2022-6-98-105
2. Лиля А.М., Алексеева Л.И., Тельшев К.А. Современные подходы к фенотипированию остеоартрита. Современная ревматология. 2019;13(2):4–8.
3. Алексеева Л.И., Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г. Остеоартрит: эпидемиология, классификация, факторы риска и прогрессирования, клиника, диагностика, лечение. Современная ревматология. 2019;13(2):9–21.
4. Лиля А.М., Ткачева О.Н., Яхно Н.Н. и др. Комплексный подход к выбору терапии у пациентов с остеоартритом при первичном обращении к врачу. Консенсус экспертов (обзор литературы и резолюция). Современная ревматология. 2021;15(3):111–116.
5. Алексеева Л.И., Кашеварова Н.Г., Таскина Е.А. и др. Эффективность и безопасность диацереина у пациентов с остеоартритом коленных суставов. Современная ревматология. 2017;11(3):50–57.
6. Феклистов А.Ю., Воробьева Л.Д., Алексеева О.Г. и др. Post hoc анализ результатов сравнительного наблюдательного клинического исследования КОЛИБРИ у пациентов с остеоартритом коленных суставов и мелких суставов кистей. Современная ревматология. 2022;16(6):64–72. DOI: 10.14412/1996-7012-2022-6-64-72

