

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «СУСТАВИН» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРИТОМ

<https://doi.org/10.5281/zenodo.17082346>

Якубов А.В., Арипджанова Ш.С., Пулатова Н.И., Абдусаматова Д.З.

Ташкентский государственный медицинский университет

Остеоартрит (ОА) мультифакторное хроническое прогрессирующее заболевание суставов, развивающееся в результате механических и биологических причин, которые дестабилизируют в суставном хряще и субхондральной кости нормальные взаимоотношения между деградацией и синтезом компонентов матрикса хондроцитами. [1]

Так же это заболевание не только хряща, но и субхондральной кости. Неизвестно, что из них поражается первично. Суставной хрящ выполняет две функции: ослабление нагрузки при воздействии механических факторов и обеспечение скольжения суставных поверхностей при движении. У хряща есть важное свойство — способность деформироваться под воздействием физической нагрузки. Это обусловлено движением молекул воды, которые при физической нагрузке выходят в синовиальную жидкость. Суставной хрящ не содержит сосуды, поэтому его метаболические процессы зависят от диффузии питательных веществ из синовиальной жидкости в хрящ и метаболитов хряща и синовиальную жидкость. В основе патогенеза основных форм остеоартроза лежит нарушение нормального обмена хрящевой ткани в сторону преобладания катаболических процессов над анаболическими. Нарушение выработки медиаторов и ферментов при патологии хондроцитов включает: синтез провоспалительных цитокинов, особенно ФНО- α , интерлейкин-1 (ИЛ-1), под действием которых хондроциты синтезируют матриксные протеиназы, вызывающие деградацию коллагена и протеогликана хряща; гиперэкспрессию ЦОГ-2, индуцирующей синтез простагландинов, принимающих участие в развитии воспаления; гиперэкспрессию индуцируемой формы синтетазы оксида азота, регулирующей образование оксида азота, который оказывает токсическое действие на хрящ; нарушение синтеза инсулиноподобного фактора роста-1 (анаболический медиатор), а так же нарушение синтеза трансформирующего фактора роста (анаболический медиатор). [2]

Лечение остеоартроза остается в основном симптоматическим, с использованием пероральных, внутрисуставных и локальных ЛС.

Традиционно применяются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), однако их длительное использование сопровождается риском развития побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы, симптоматические ЛС медленного действия или препараты, модифицирующие симптомы (хондроитина сульфат, глюкозамина сульфат, препараты гиалуроновой кислоты) и кроме того, у некоторых пациентов с эрозивным остеоартрозом или частыми обострениями синовита целесообразно длительное лечение гидроксихлорохином и колхицином. У пациентов с гонартрозом при появлении признаков воспаления и неэффективностью ГПВП проводят внутрисуставное введение пролонгированных глюкокортикоидов. [3]

Стандартные методы медикаментозной терапии остеоартрита не всегда обеспечивают достаточную эффективность и безопасность, что обуславливает необходимость поиска и разработки новых терапевтических подходов и препаратов. В связи с чем нас заинтересовал препарат Суставин, представляющий собой фитокомплекс, содержащий **корень гарпагофитума**, который снижает выраженность ревматических и артритических процессов, оказывает противовоспалительное и анальгезирующее действие [4] и **Иву белую** — источник салицина, блокирующего синтез простагландинов, что обеспечивает выраженный обезболивающий и противовоспалительный эффект [5].

Целью исследования явилось — оценить в сравнительном аспекте клиническую эффективность и безопасность препарата Суставин при комплексном лечении пациентов с остеоартритом коленных суставов.

Материалы и методы.

Проведено проспективное, открытое, сравнительное исследование. Нами было обследовано 60 больных с клинически и рентгенологически подтверждённым диагнозом остеоартрита коленных суставов II–III стадии по Kellgren–Lawrence в 50–73 лет с выраженностью болевого синдрома по шкале VAS ≥ 40 мм. В исследование не включали больных имеющих аллергию на компоненты препарата, пациентов принимавших глюкокортикостероиды в последние 3 месяца. Все больные случайным методом были разделены на 2 группы, Основная группа (n=30), получавшие с их согласия стандартную терапию ОА (НПВП + хондропротекторы + ЛФК) + Суставин по 1 капсуле 2 раза в день и контрольную группу (n=30) получавших стандартную терапию без Сустафина на протяжении 10 недель. До лечения и после 10 недель после лечения нами изучались интенсивность боли по визуально-аналоговой шкала (VAS, 0–100 мм), функциональное состояние суставов по индексу

WOMAC. Лабораторные показатели: уровень СРБ (С-реактивного белка) и уровень ИЛ-6 (интерлейкина-6).

Результаты

исследования

Исходно показатели болевого синдрома до начала лечения были сопоставимы средний уровень составлял $67,5 \pm 9,2$ мм в основной и $66,8 \pm 8,7$ мм контрольной группах. Через 12 недель терапии показатель снизился до $28,4 \pm 7,1$ мм в основной и $42,7 \pm 8,3$ мм в контрольной, в обеих группах отмечалось уменьшение боли, однако в группе с суставином этот показатель был достоверно ниже, на 22% ниже чем в контрольной группе. То есть на фоне лечения препарат в основной группе обеспечил более выраженное и достоверное уменьшение болевого синдрома, чем стандартная терапия. Индекс WOMAC, оцениваемый на основании опросника, показал положительную динамику в обеих группах, но в группе принимавшей Суставин был на 19 % ниже, чем в контрольной.

Таблица 1.

Динамика болевого синдрома (VAS), Индекс WOMAC и уровни маркеров воспаления.

Группа	До лечения	После лечения	Δ (%)	p
Динамика болевого синдрома по VAS (мм)				
Основная	$67,5 \pm 9,2$	$28,4 \pm 7,1$	-58%	<0,001
Контрольная	$66,8 \pm 8,7$	$42,7 \pm 8,3$	-36%	0,004
Индекс WOMAC				
Основная	$56,3 \pm 7,5$	$28,9 \pm 6,7$	-49%	<0,001
Контрольная	$55,8 \pm 8,1$	$38,7 \pm 7,2$	-30%	0,006
СРБ мг/мл				
основная	$9,1 \pm 2,3$	$3,8 \pm 1,4$		0,002
контрольная	$8,8 \pm 2,5$	$5,9 \pm 1,8$		Не достоверно
ИЛ-6 пг/мл				
основная	$12,4 \pm 3,1$	$5,7 \pm 1,9$		Не достоверно
контрольная	$12,1 \pm 3,3$	$8,2 \pm 2,1$		0,001

Динамика маркеров воспаления: С-реактивный белок (СРБ) и Интерлейкин-6 (ИЛ-6) так же более значимо снижались в основной группе.

Выводы: Добавление препарата Суставин в комплексную терапию пациентов с остеоартритом значимо улучшает клинические и лабораторные показатели по сравнению со стандартной терапией более выраженное снижение боли, улучшение функционального состояния суставов, существенное уменьшение воспалительной активности. Эти данные

указывают на эффективность и противовоспалительный потенциал Суставина при лечении остеоартрита. Данный препарат может быть рекомендован для комплексной терапии лечения больных с ОА.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Hunter, D. J., & Bierma-Zeinstra, S. (2019). Osteoarthritis. *The Lancet*, 393(10182), 1745-1759. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30417-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30417-9)
2. Scholz, M., Schilling, G., & Steinhäuser, J. (2017). Devil's claw (*Harpagophytum procumbens*) for osteoarthritis and low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD004940. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004940>
3. Урясьев О.М., Н.К. Заигрова. Остеоартрит: патогенез, диагностика, лечение "Земский Врач" № 1-2 (29-30)-2016
4. Shara, M., & Stohs, S. J. (2015). Efficacy and safety of white willow bark extract. *Phytotherapy Research*, 29(8), 1112-1116. <https://doi.org/10.1002/ptr.5377>
5. Zhang, W., Ouyang, H., Dass, C. R., & Xu, J. (2020). Current research on pharmacologic and regenerative therapies for osteoarthritis. *Bone Research*, 8(1), 23. <https://doi.org/10.1038/s41413-020-0106-4>