

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ПРОЦЕССЕ ДЛИТЕЛЬНОГО КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ ЦЕЛЬ Т – ПЕРОРАЛЬНО И ВНУТРИМЫШЕЧНО ИЛИ ПЕРИАРТИКУЛЯРНО

О.Ю. Майко, Г.Г. Багирова

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (г. Оренбург)

РЕЗЮМЕ

Цель работы – определить динамику клинических параметров и показателей качества жизни (КЖ) по опроснику SF-36 и HAQ у больных остеоартрозом коленных и тазобедренных суставов при различном длительном курсовом комбинированном лечении с использованием гомеопатического препарата Цель Т в сочетании с НПВП.

Материал и методы. Обследовано 37 больных с обострением ОА в условиях муниципальной поликлиники. Среди больных преобладали женщины (89%) в возрасте от 41 до 65 лет, с I-III стадиями ОА по Kellgren. Больным назначалось курсовое комбинированное лечение с использованием Цель Т (А – перорально и периапартулярно; В – перорально и внутримышечно) в сочетании с НПВП. Изучали динамику клинических параметров (ВАШ в покое и движении, индексы Лекена, WOMAC) и показателей КЖ по опроснику SF-36 и HAQ.

Результаты. В течение двухгодичного наблюдения у больных, получавших различное курсовое комбинированное лечение Цель Т и НПВП, наблюдалось волнообразное течение процесса, для которого характерно улучшение уже после первого и остальных курсов лечения с последующими ухудшениями спустя некоторое время. Только при включении в комплексное лечение Цель Т перорального и периапартулярного большинство клинических параметров и показателей КЖ, начиная с 3 месяцев и через 6, 12, 15, 21 и 24 месяцев от начала лечения, были статистически достоверно лучше, чем при применении Цель Т перорально и внутримышечно в сочетании с НПВП.

Заключение. Результаты исследования показали, что лучшие результаты были при использовании Цель Т перорально и периапартулярно. При второй комбинации эффект был кратковременным и наблюдался только во время курсового лечения.

Ключевые слова: остеоартроз, качество жизни, опросники SF-36, HAQ, эффективность лечения, Цель Т.

ВВЕДЕНИЕ

Проблема остеоартроза (ОА) в последние десятилетия приобрела огромное значение в связи с широкой распространенностью заболевания, быстрым развитием функциональных нарушений при поражении несущих суставов нижних конечностей – коленных и тазобедренных [8].

Несмотря на большое количество работ, посвященных лечению ОА, более 75% больных не получают адекватного лечения, при этом качество их жизни (КЖ) остается неудовлетворительным. Как правило, для лечения ОА используются только НПВП, причем предпочтение отдается наиболее дешевым (неселективным), применение которых сопровождается развитием побочных реакций, прежде всего со стороны желудочно-кишечного тракта [9].

Современное лечение ОА, рекомендуемое ведущими зарубежными и российскими ревматологами, направлено на то, чтобы затормозить прогрессирование и отодвинуть на

годы тяжелое и дорогостоящее эндопротезирование, например, тазобедренного сустава [7, 10, 25]. В схемы лечения ОА согласно рекомендациям EULAR рекомендуется включать, кроме НПВП, препараты, обладающие структурно-модифицирующим действием на хрящ, в нашей стране их называют «хондропротекторы», хотя этот термин является сомнительным. Одним из таких препаратов является хондроитинсульфат (ХС), который имеет высокий уровень доказательности IA по данным контролируемых клинических исследований и составляет основу базисной терапии ОА [7, 25, 27]. На национальном фармацевтическом рынке ХС представлен препаратами Структур («Пьер Фабр», Франция) для перорального приема и Хондролон («Иммунохимпрепарат», Россия) для внутримышечного введения [13]. Поскольку эти препараты не включены в систему бесплатного дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) пациенты вынуждены приобретать их за свой счет.

Высокие цены на эти лекарственные средства, особенно Структум, и необходимость длительного приема (до 6 месяцев) сдерживают их широкое применение у больных ОА, особенно пожилого возраста, страдающих нередко рядом хронических заболеваний. Препарат Хондролон, хотя и обходится больным несколько дешевле, его применение ограничено противопоказаниями. Так, этот препарат нельзя применять при доброкачественных опухолях, в частности женской половой сферы, таких как фибромиома, мастопатия и др., а также при хронической варикозной болезни. Поскольку подавляющее большинство больных, страдающих ОА, женщины старших возрастных групп, то эти заболевания у них отмечаются достаточно часто – до 50% случаев. В связи с этим, лечение ОА у этих категорий больных представляет большие трудности.

Заслуживает интерес применение гомеопатического препарата Цель Т («Хеель», Германия), получившего широкое применение в практической деятельности. Препарат имеет в своем составе, кроме растительных, компоненты хряща эмбриональной ткани животных и потенциально может обладать хондропротективной направленностью действия [4, 5, 6, 13, 16, 23] и также может применяться перорально и парентерально (внутримышечно, внутрисуставно, периартикулярно). Преимуществом этого препарата является отсутствие побочных эффектов.

Основным критерием эффективности лечения обычно считается выраженность болевого синдрома, потребность в использовании НПВП, однако важнее учитывать влияние на функцию суставов и качество жизни [10, 11, 12].

Качество жизни – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [11, 12]. За последнее десятилетие в ревматологии проведены десятки клинических исследований, в которых проводилась оценка эффективности разных методов лечения при использовании опросников КЖ. Для исследования КЖ больных ОА используются как общие (SF-36, EQ-5D и др.), так и специальные методики (KOOS, HAQ, NPB, AIMS-2) [1, 2, 12, 14, 15, 19, 21], которые в комплексе с альго-функциональными индексами (ВАШ, Лекена, WOMAC) [2, 13, 20] помогают получить более полную характеристику не только болевого синдрома и функциональных

нарушений, но и установить связь между выраженностью боли и нарушением физического и психологического состояния больных [10].

Литературные данные по исследованию клинической эффективности и качества жизни больных ОА при длительном курсовом комбинированном лечении с использованием препарата Цель Т перорально и парентерально (внутримышечно или периартикулярно) в сочетании с НПВП немногочисленны. Эта проблема вызывает интерес в связи с распространенностью указанных схем в практической деятельности.

Цель работы – определить динамику клинических параметров и показателей качества жизни при длительном курсовом комбинированном лечении с использованием препарата Цель Т перорально и парентерально (внутримышечно или периартикулярно) в сочетании с НПВП у больных остеоартрозом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 37 больных, обратившихся в поликлиники г. Оренбурга (муниципальные поликлиники ММУЗ №5 и №2 ММУЗ им. Н.И. Пирогова) с обострением ОА тазобедренных и коленных суставов. Среди больных женщин было больше, чем мужчин (89% и 11%, соответственно). Возраст больных колебался от 45 до 65 лет, преобладали лица от 51 до 60 лет. У большинства пациентов длительность ОА не превышала 10 лет. В исследование включались пациенты с преимущественным поражением коленных и тазобедренных суставов, удовлетворяющие диагностическим критериям Американской коллегии ревматологов (АКР, 1991) [18], имеющие I–III стадии по Kellgren, с выраженностью болевого синдрома по ВАШ ≥ 40 мм, необходимостью приема НПВП. Все пациенты давали информированное согласие на включение в исследование.

Всем больным были проведены клиническое и артрологическое (общая оценка боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), боль в покое и движении по ВАШ, объем движений в коленных и тазобедренных суставах по данным гониометрии, продолжительность скованности, индексы Лекена для гонартроза и коксартроза, общий WOMAC и его три субшкалы) обследования, а также рентгенография и УЗИ суставов. При наличии у больного нескольких пораженных суставов клинические данные оценивались по наиболее пораженному суставу. Рентгенологическая стадия процесса опре-

делялась по классификации I. Kellgren. Перед началом регулярного лечения больные две недели, по возможности не принимали никаких препаратов. Клинические данные дополнялись проведением оценки качества жизни больных по утвержденным опросникам SF-36 и HAQ. В отечественных исследованиях принято показатели КЖ сравнивать с популяционным уровнем КЖ, установленным Межнациональным центром исследования КЖ (МЦИКЖ) Новик при проведении популяционных исследований в Санкт-Петербурге [11].

В зависимости от проводимого лечения больные были разделены на 2 подгруппы (А и В). Пациенты обеих подгрупп в начале лечения (при обострении) получали курс НПВП (Найз) и одинаковую физиотерапию – магнитотерапию или «Амплипульс». Найз применялся в течение 14 дней в дозе 200 мг/сутки. В дальнейшем НПВП использовался по мере необходимости – в связи с выраженностью болевого синдрома в различных дозах и с различной длительностью.

Дополнительно к НПВП назначали комбинированное лечение препаратом Цель Т в соответствии со схемами, рекомендуемыми в литературе [4, 5, 6, 13, 16, 23]. В подгруппе А (n = 20) – перорально по 1 таблетке 3 раза в день в течение 3 месяцев и периартикулярно по 2,2 мл 2 раза в неделю, на курс 10 инъекций. Препарат вводился в точки максимальной болезненности при пальпации по медиальной или латеральной поверхности коленного сустава и в область проекции тазобедренного сустава по передней поверхности [17]. В подгруппе В (n = 17) Цель Т назначался перорально и внутримышечно по той же схеме. Курсы комбинированного лечения повторялись через 3 месяца.

Характеристика больных представлена в таблице 1, из которой следует, что больные обеих подгрупп были сопоставимы по полу, возрасту, стадии и тяжести процесса, степени функциональной недостаточности суставов. В обеих подгруппах преобладали больные II-III стадии (75%) и только у четверти больных была I стадия процесса. По данным УЗИ суставов у всех больных обострение ОА осложнялось синовитом и тендинитом.

Обе подгруппы были также сопоставимы по социальным характеристикам и сопутствующей патологии, преобладали пациенты с интеллектуальным характером труда, половина была инвалидами и пенсионерами. Из сопутствующей патологии преобладали – ар-

териальная гипертензия, патология щитовидной железы и желудочно-кишечного тракта, у женщин – гинекологическая патология (мастопатии, фибромиомы, кисты и др.).

Мониторинг результатов лечения больных всех групп был проведен спустя месяц и затем каждые 3 месяца от начала регулярного лечения в течение одного или двух лет с использованием в указанный срок всех перечисленных методов исследования, которые применялись перед началом регулярного лечения, кроме рентгенологического исследования суставов; последнее проводилось только дважды (через год и через два).

Статистическая обработка полученных показателей проводилась в программе «Statistica 5,5». Применялись методы описательной статистики – размер выборки, средняя, стандартное отклонение, стандартная ошибка средней, минимальное и максимальное значения, процентиля. Достоверность показателей определялась с помощью t-критерия Стьюдента, использовались тесты Манна-Уитни, χ^2 , МакНемара, метод ANOVA Краскела-Уоллиса. При статистической оценке данных ориентировались на уровень значений различий $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

До начала лечения в обеих подгруппах преобладали больные ОА с выраженным болевым синдромом по ВАШ и функциональными нарушениями по индексам Лекена для гонартроза и коксартроза, общему WOMAC (табл. 1).

У всех больных исследованы показатели КЖ по опросникам SF-36 и HAQ. На рис. 1 представлены исходные показатели КЖ по анкете SF-36 по сравнению с популяционным уровнем. До начала курсового комбинированного лечения препаратом Цель Т в сочетании с НПВП у всех больных отмечалось одинаковое по обеим подгруппам выраженное снижение показателей КЖ по всем шкалам SF-36, которые статистически достоверно отличались от популяционных. Наиболее значительным было снижение по шкалам Физического функционирования, ролевым (Ролевого физического функционирования и Ролевого эмоционального функционирования), Боли, Жизнедеятельности, что свидетельствует о выраженных функциональных ограничениях у всех больных и нарастанием отрицательных эмоций в связи с прогрессированием заболевания.

Из рис. 2 следует, что значения индекса функциональной недостаточности по опрос-

нику НАQ были одинаково значительно повышены у больных обеих подгрупп, что очевидно связано с выраженными ограничением в повседневной деятельности, ухода за собой, вставания, ограничение ходьбы, в том числе подъем и спуск по лестнице у данной категории больных.

В процессе длительного курсового комбинированного лечения Цель Т в сочетании с НПВП наблюдалась следующая динамика изменения клинических показателей и альго-функциональных индексов у больных обеих подгрупп в течение двухгодичного наблюдения (рис. 3–6).

До начала регулярного лечения у всех больных в состоянии обострения ОА коленных и тазобедренных суставов основные клинические параметры были повышены, а показатели КЖ понижены и статистически достоверно отличались от средних популяционных ($p < 0,05$).

В течение двухгодичного наблюдения у больных, получавших разную комбинированную курсовую терапию Цель Т в сочетании с НПВП, наблюдалось волнообразное течение процесса, для которого характерно улучшение уже после первого и остальных курсов лечения с последующими ухудшениями спустя некото-

Таблица 1

Клиническая характеристика больных до начала курсового комбинированного лечения Цель Т

Признак	Подгруппа А (n = 20) (Цель Т перорально+ периартикулярно)	Подгруппа В (n = 17) (Цель Т перорально+ внутримышечно)	p
Пол:			
Женщины, n, %	18 (90%)	15 (88,5%)	>0,05
Мужчины, n, %	2 (10%)	2 (11,5%)	>0,05
Возраст, лет	54,3±5,86 [52–57]	52,8±5,36 [50–58]	>0,05
Индекс массы тела, кг/м ²	32,3±5,28 [30–35]	32,9±7,66 [29–38]	>0,05
Длительность ОА, лет	8,0±5,4 [4–11]	6,6±4,7 [4–10]	>0,05
Длительность обострения ОА, месяцы	2,6 ±1,86 [1–3,5]	1,9 ±1,6 [1–2,5]	>0,05
Гонартроз, n, %	14 (70%)	13 (76%)	>0,05
Коксартроз, n, %	6 (30%)	4 (24%)	>0,05
Рентгенологическая стадия гонартроза по Келлгрону и Лоуренс, n, %	(n = 14)	(n = 13)	
I стадия	5 (25)	5 (29)	>0,05
II стадия	5 (25)	5 (29)	>0,05
III стадия	4 (20)	3 (18)	>0,05
Рентгенологическая стадия коксартроза по Келлгрону и Лоуренс, n, %	(n = 6)	(n = 4)	
I стадия	–	–	>0,05
II стадия	2 (10)	1 (6)	>0,05
III стадия	4 (20)	3 (18)	>0,05
Функциональная недостаточность суставов, n, %:			
I степень	4 (20)	3 (18)	>0,05
II степень	10 (50)	9 (53)	>0,05
III степень	6 (30)	5 (29)	>0,05
Оценка показателя боли по ВАШ в покое, мм	52,25 (13,6) [40–60]	54,7 (18,75) [30–50]	>0,05
Оценка показателя ВАШ в движении, мм	93,1 (11,38) [90–100]	89,41 (22,7) [60–100]	>0,05
Оценка показателя Лекена при гонартрозе, баллы	19,35 (2,4) [18–21]	19,13 (3,46) [18–21]	>0,05
Оценка показателя Лекена при коксартрозе, баллы	19,44 (1,94) [18–21]	18,62(2,92) [16–20]	>0,05
Оценка по WOMAC, баллы			
Общая	189,35 (29,37) [178–207]	183,68 (48,94) [117–179]	>0,05
Боль	36,5 (8,0) [33–44]	29,26 (12,1) [20–38]	>0,05
Скованность	16,82 (3,94) [16–20]	14,12 (5,27) [10–20]	>0,05
Функциональность	132,94 (22,33) [119–147]	128,65 (32,97) [91–131]	>0,05
Оценка по шкале НАQ, баллы	1,16(0,37) [0,9–1,55]	1,1 (0,44) [0,55–1,3]	>0,05

Примечание: данные представлены в виде среднего значения (стандартное отклонение), [25%–75%] – интерквартильный интервал.

рое время. При этом выявились значительные различия в течении процесса в зависимости от того, использовался ли кроме перорального периапартулярный или внутримышечный путь введения Цель Т. Только при комбинации перорального приема Цель Т с периапартулярным все клинические параметры и показатели КЖ, начиная с 1 месяца от начала лечения и в последующие сроки, были статистически достоверно лучше исходных, но через 6, 12, 18 и 24 месяца от начала лечения большинство клинических параметров (ходьба по прямой, по лестнице, индекс WOMAC и его субшкалы, индексы Лекена и НАQ) уже достоверно не отличались от исходных. Анализ КЖ показал, что при указанной комбинации все показатели шкал SF-36 были статистически достоверно лучше исходных на протяжении всего срока наблюдения и только через 12 и 24 месяца отмечалось снижение КЖ по 2–3 шкалам (Физического функционирования, Боли, Общего здоровья), причем их значения сохранялись достоверно лучше исходных.

При использовании курсового комбинированного перорального и внутримышечного введения Цель Т в сочетании с НПВП большинство указанных показателей были в этот период также достоверно лучше исходных, но через 6, 12, 18 и 24 месяца от начала лечения все клинические параметры уже достоверно не отличались от исходных. Все показатели КЖ при применении этой комбинации препарата Цель Т были также статистически достоверно лучше исходных на протяжении всего срока наблюдения, и только через 12 и 24 месяца отмечалось снижение КЖ по 5 шкалам опросника SF-36 (Физического функционирования, Ролевого физического функционирования, Боли, Общего здоровья, Жизнедеятельности) практически до исходных их значений.

Если по окончании каждого курса терапии, как и до начала курсового лечения, клинические параметры и показатели КЖ не различались в подгруппах больных, принимающих разные комбинации Цель Т, то через 6, 12, 18 и 24 месяца большинство клинических показателей были достоверно лучше у больных, принимавших комбинацию перорального и периапартулярного применения Цель Т: через 6 месяцев – ВАШ в покое, движении, общей ВАШ и WOMAC, через 12 месяцев – ВАШ в движении, общей ВАШ и WOMAC общий и по субшкале ригидность, через 18 месяцев – ВАШ в движении, индекс Лекена для гонар-

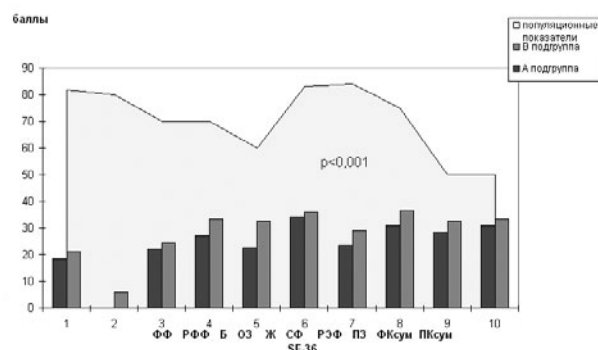


Рис. 1. Исходные показатели КЖ по SF-36 в подгруппах А и В.

Шкалы опросника SF-36: **ФФ** – физическое функционирование; **РФФ** – ролевое физическое функционирование; **Б** – боль; **ОЗ** – общее здоровье; **Ж** – жизнеспособность; **СФ** – социальное функционирование; **РЭФ** – ролевое эмоциональное функционирование; **ПЗ** – психическое здоровье; **ФКсум** – физический компонент суммарный; **ПКсум** – психический компонент суммарный.

Примечание: $p < 0,001$ – тест Вилкоксона;

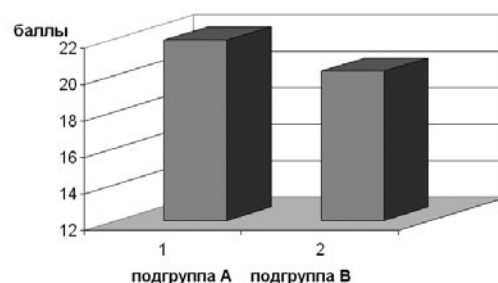


Рис. 2. Показатели КЖ по анкете НАQ до начала лечения в А и В подгруппе.

троза и WOMAC по тем же показателям, через 24 месяца – ВАШ в покое и движении, и WOMAC (рис. 3–6).

Отмечено, что наиболее выраженная достоверная положительная динамика КЖ в процессе лечения с использованием разных комбинаций введения Цель Т отмечалась по шкалам Физического функционирования, Ролевого физического функционирования, Боли и Ролевого эмоционального функционирования, значения которых исходно были значительно снижены, а наименьшая динамика была по шкалам Общего здоровья, Жизнедеятельности, Социального функционирования, Психического здоровья.

В соответствии с этим, при использовании курсового комбинированного лечения препаратом Цель Т некоторая часть клинических параметров достоверно приближалась к нор-

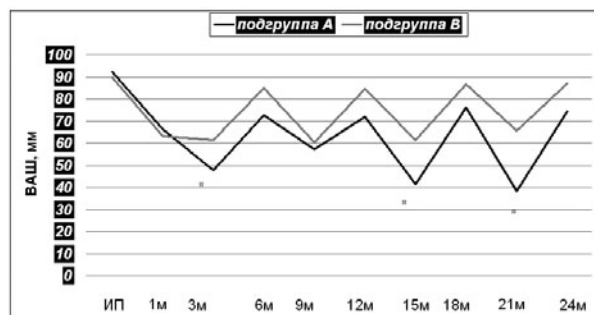


Рис. 3. Динамика боли в движении по ВАШ у больных ОА.

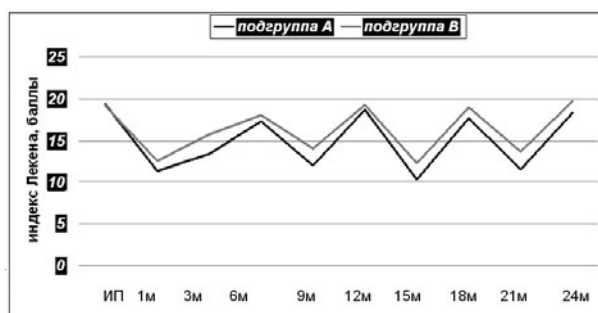


Рис. 4. Динамика индекса Лекена у больных ОА.

мальным значениям, а показатели КЖ – к популяционным. При этом лучшие результаты были при использовании комбинации перорального и периартикулярного введения, чем внутримышечного с пероральным.

Данные рентгенологического обследования больных оставались стабильными на протяжении двухгодичного периода наблюдения у больных обеих подгрупп.

Такая динамика состояния больных подтверждается и потребностью в использовании НПВП. Так, к концу третьего месяца (после первого курса терапии) большинство больных – 70% подгруппы А и 48% подгруппы В – отказались от приема НПВП и только еще по 3–4 больных в каждой подгруппе еще использовали большие дозы. Сходная тенденция отмечалась на протяжении первого и второго года наблюдения. Так, после четвертого курса Цель Т у обеих подгрупп больных наступило улучшение, которое было более выраженным после использования Цель Т перорально и периартикулярно: за истекший период двухгодичного наблюдения в указанной подгруппе от больших доз НПВП отказалось 60% больных, а в подгруппе В только 28%. Большие дозы НПВП принимали 20% и 44% больных, соответственно, в подгруппах А и В.

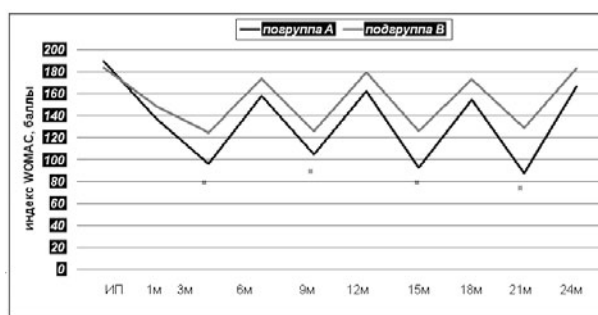


Рис. 5. Динамика индекса WOMAC у больных ОА.

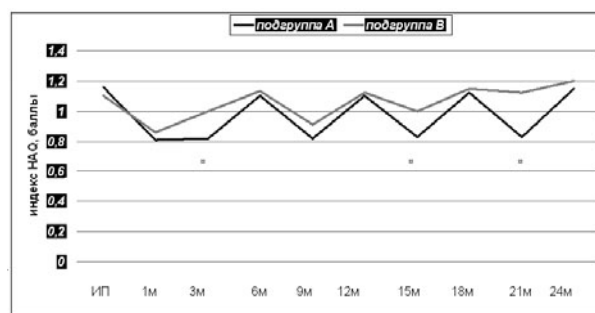


Рис. 6. Динамика индекса НАQ у больных ОА.

□ – $p < 0,05$ тест Манна-Уитни

К концу второго года (через 3 месяца после четвертого курса терапии) снова отмечалось некоторое ухудшение, одинаково выраженное в обеих подгруппах (60% и 57%, соответственно, в подгруппах А и В). Таким образом, с учетом использования в результате четырех курсов комбинации перорального и периартикулярного введения Цель Т результат оказался несколько лучше: в подгруппе А большие дозы НПВП получали 80% больных, а в подгруппе В – уже все больные. Без НПВП не обходилось ни одного пациента в подгруппе В, а в подгруппе А небольшие дозы принимали только 20% больных.

Необходимость в приеме НПВП в разные сроки наблюдения была связана с динамикой колебаний клинических параметров и показателей качества жизни. Эта динамика подтверждает несколько больший эффект первой комбинации как на первом, так и на втором году лечения.

Полученные нами результаты согласуются с данными других исследователей [13, 14, 15], в которых показано, что у больных ОА существенно нарушается КЖ. Так, в работе Цапиной Т.Н. и Эрлес Ш.Ф. [10] было проведено исследование КЖ у больных ОА преимущественно II–III стадией (85 больных) с использованием

опросника SF-36, которое выявило снижение показателей КЖ у больных ОА по всем шкалам данного опросника в среднем на 30% ниже по сравнению с популяционными. Так, в наибольшей степени снижены показатели физического здоровья: физическое функционирование (ФФ) на 46%, интенсивность боли (Б) и ролевые шкалы (Р физического и эмоционального функционирования) – на 50%. Социальное функционирование (СФ) было достаточно высоким, но отмечалось его снижение на 15% по сравнению с популяционным значением. КЖ по всем шкалам SF-36 достоверно снижалось по мере нарастания стадии ОА [14, 15]. Исследования КЖ, проведенные М. Норман-Рок et al. [22], подтверждают эти результаты.

В многочисленных отечественных и зарубежных исследованиях, в том числе и в плацебоконтролируемых, показана высокая клиническая эффективность применения препарата Цель Т у больных гонартрозом [4, 6, 16, 23]. Исследование клинической эффективности Цель Т при коксартрозе нам не известны.

Динамика показателей КЖ под влиянием курсового лечения Цель Т в сочетании с НПВП изучалась лишь в единичных исследованиях [13] и также требует дальнейшего уточнения. Наши данные согласуются с результатами данного исследования КЖ, в котором отмечалась положительная динамика как клинических показателей, так и параметров КЖ при курсовом пероральном применении Цель Т у больных гонартрозом. Наибольшее влияние терапии отмечалось на шкалы Физического функционирования и ролевые шкалы (Физического и Эмоционального ролевого функционирования), что свидетельствует об уменьшении депрессии и отрицательных эмоций, связанных с обострением ОА и нарушением функциональной активности пациентов.

Таким образом, исследование КЖ позволяет получить более полную характеристику болевого синдрома, функциональных нарушений и установить связь между выраженностью боли и нарушением физического и психологического состояния больных с патологией суставов.

ВЫВОДЫ

1. По данным проведенного исследования можно сделать вывод, что у больных при обострении остеоартроза коленных и тазобедренных суставов преимущественно II-III рентгенологических стадий выявляется ухудшение основных клинических параметров и пони-

жение показателей качества жизни, при этом больше страдает физический и эмоциональный компонент здоровья.

2. Длительное сочетанное курсовое комбинированное лечение с использованием препарата Цель Т перорально и периартикулярно продемонстрировало более выраженный и продолжительный клинический эффект при лечении больных остеоартрозом, осложненного синовитом и тендинитом по сравнению с комбинацией парентерального и внутримышечного введения этого препарата по влиянию на выраженность болевого синдрома, функцию суставов и показатели КЖ, потребность в использовании НПВП.

3. Положительный клинический эффект и улучшение параметров КЖ при сочетанном курсовом комбинированном применении Цель Т перорально и внутримышечно оказались нестойкими и проявлялись только в процессе лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амирджанова, В.Н. Валидизация русскоязычной версии НАQ / В.Н. Амирджанова, Г.М. Койлубаева, Д.В. Горячев. и соавт. // Научно-практическая ревматология, 2004, № 2: 59–65.
2. Амирджанова, В.Н. Шкалы боли и НАQ в оценке пациента с ревматоидным артритом / В.Н. Амирджанова // Научно-практич. ревматол., 2006, 2:60–65.
3. Беневоленская, Л.И. Диагностические критерии остеоартроза. Современные проблемы ревматологии / Л.И. Беневоленская, Л.И. Алексеева // Тезисы докладов 1 съезда ревматологов России. Оренбург, 1993:191–192.
4. Вайзер, М. Терапия гонартроза раствором для инъекций Zeel Т – результаты мультицентрического обследования / М. Вайзер, Х. Метельманн // Биология Медицина, 1996, № 1: 29–36.
5. Вее, А. Влияние инкубации с лекарственным препаратом Цель Т на хрящевую механику биомеханическое исследование / А. Вее, Т. Фрешле // Биологическая медицина, 1997, № 2:16–20.
6. Марьяновский А.А. Результаты клинической апробации инъекционных форм комплексных биологических препаратов выпускаемых фирмой «Хеель» / А.А. Марьяновский // Биологическая медицина, 1996, № 2:45–52.
7. Насонова, В.А. Итоги многоцентрового исследования препарата структум в России /

В.А. Насонова, Л.И. Алексеева, Г.С. Архангельская и др. // Тер. архив, 2001, 11: 84–87.

8. Насонова, В.А. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани в России: динамика статистических показателей за 5 лет (1994–1998) / В.А. Насонова, О.М. Фоломеева, В.Н. Амирджанова и др. // Научно-практич. ревматол., 2000, 2:4–12.

9. Насонов, Е.Л. Анальгетические эффекты нестероидных противовоспалительных препаратов при заболеваниях опорно-двигательного аппарата: баланс эффективности и безопасности / Е.Л. Насонов // Consilium medicum, 2001, 5:209–215.

10. Насонов, Е.Л. Хондроитин сульфат (структур) при лечении остеоартроза, патогенетическое обоснование и клиническая эффективность / Е.Л. Насонов, Л.И. Алексеева // Сб. «Новые возможности в лечении ОА и остеоартроза». – М., 2007:2–4.

11. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова, П. Кайнд. – Санкт-Петербург, 2002, 313.

12. Новик А.А., Ионова Т.И., Шемеровская Т.Т. и соавт. Валидизация русской версии опросника AIMS 2-SF для оценки качества жизни больных ревматоидным артритом / Международная конференция «Исследование качества жизни в медицине». Материалы конференции. – С.-Петербург, 2002: 37–55.

13. Сизова, Л.В. Влияние различных методов лечения на показатели качества жизни больных остеоартрозом / Л.В. Сизова. Автореф. дисс. к.м.н. – Оренбург, 2004, 24.

14. Цапина, Т.Н. Качество жизни больных остеоартрозом / Т.Н. Цапина, Ш.Ф. Эрдес, К.Ш. Слизкова. // Научно-практич. ревматол., 2004, 2:20–22.

15. Эрдес, Ш.Ф. Вопросник SF-36 и использование его при ревматоидном артрите / Ш.Ф. Эрдес, К.Ш. Эрдес. // Научно-практ. ревматол., 2003, 2:47–52.

16. Штрессер, В. Гомеопатическое лечение гонартроза: результаты двойного слепого исследования / В. Штрессер, М. Вайзер. Биологическая Медицина, 2001, №2:21–26.

17. Условия и требования к внутрисуставному и периартикулярному введению глюкокор-

тикостероидных препаратов: Методические указания №2001/25 МЗ РФ. Cons. Med., 2005, 5, 2:109–111.

18. Altman R.D. Criteria for classification of clinical osteoarthritis. J.of Rheum., 1991, 18:10–12.

19. Anderson R.T., Aaronson N.K., Wilkin D. Critical review of the international assessment of health-related quality of life. Qual.Life Res., 1993, 2:369–395.

20. Bellamy N., Buchanan W.W., Goldsmith CH. et al. Validation study of WOMAC. A health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. J.Rheumatol., 1988, 15:1833–40.

21. Fries S.F. Health Assessment Questionnaire developed the available. Quality of life, 2000, 25:10.

22. Hopman-Rock M., Kraaijaat F.W., Bijlsma J.W. Quality of life in elderly subjects with pain in the hip or knee. Qual.Life Res., 1997, 6, 1:67–76.

23. Marrona U., Weiser M., Klein P. Orale behandlung der gonarthrose mit Zeel compositum. Orfhop.Praxis., 2000, 36, 5:285–291.

24. Ren X.S., Kazis L., Lee A. et al. Comparing generic and disease-specific measures of physical and role functioning results from the Veterans Health Study. Med. Care, 1998, 36, 2:155–166.

25. Jordan K.M., Arden N.K., Doherty M. et al. EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCIGIT). Ann. Rheum.Dis., 2003, 62:1145–1155.

26. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M.A. et al. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. The Health Assessment Lab., Boston, Massachusetts, 1993.

27. Uebalanart D., Malaise M., Marcolongo R. et al. Intermittent treatment of knee osteoarthritis with oral chondroitin sulfate: a one-year, randomized, double – blind, multicenter study versus placebo. Osteoarth. Cart., 2004, 12, 4:269–276.