

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИКЛОФЕНАКА И НАЙЗА® У БОЛЬНЫХ ГОНАРТРОЗОМ

Л.В. Сизова, Г.Г. Багирова

Оренбургская государственная медицинская академия, г. Оренбург

Резюме

Цель. Изучить эффективность и безопасность применения диклофенака и Найза® у больных гонартрозом.

Материал и методы. В исследование включены 60 больных гонартрозом. Средний возраст больных составил $53,4 \pm 9,5$ г., средняя продолжительность гонартроза - $7,4 \pm 6,8$ г. Все больные обследованы клинически и с помощью 4 опросников оценки качества жизни (КЖ): Модифицированной Станфордской анкеты оценки (МСАОЗ), SF-36, Nottingham Health Profile (NHP), Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS). Больные I группы (30 чел.) в течение 15 дней получали диклофенак по 25 мг 3 раза в день, пациенты II группы (30 чел.) - Найза® по 100 мг 2 раза в сут. Больным обеих групп назначались поливитамины "Декамевит" и инъекции ксантинола никотината.

Результаты. Установлено, что Найза® и диклофенак обладают хорошим обезболивающим и противовоспалительным эффектом у больных гонартрозом и способствуют повышению КЖ. Применение Найза® явилось более безопасным.

Ключевые слова: гонартроз, нимесулид, диклофенак, эффективность, безопасность, качество жизни

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) относятся к числу наиболее широко применяемых в клинической практике лекарственных средств. Терапевтические эффекты НПВП обуславливаются, главным образом, блокадой фермента циклооксигеназы (ЦОГ) и снижением синтеза простагландинов, индуцирующих развитие воспаления, при этом побочные действия НПВП (поражение желудочно-кишечного тракта - ЖКТ, почек, нарушение агрегации тромбоцитов) связывают подавлением ЦОГ-1 - структурного фермента, обладающего цитопротективным действием и закономерно присутствующим во многих тканях организма [6, 9, 12, 15, 18, 20]. Имеются сведения, что у больных с поражением опорно-двигательного аппарата частота побочных реакций со стороны ЖКТ (язв слизистой желудка и 12-перстной кишки, кровотечений) на фоне приема НПВП гораздо выше, чем у страдающих иными видами хронической боли [23]. Поэтому в настоящее время основными требованиями к НПВП являются не только их эффективность, но и безопасность [8].

Известно, что некоторые НПВП могут вызывать разрушение хряща за счет стимуляции синтеза провоспалительных цитокинов или подавления синтеза протеогликана хондроцитами. Деградация хряща способствует также повышению нагрузки на него вследствие купирования боли при приеме этой группы лекарственных средств [7, 9].

Нимесулид - один из первых синтезированных селективных ингибиторов ЦОГ-2, который не уступает по эффективности "классическим" НПВП, но отличается более благоприятным профилем токсичности и предохраняет хондроциты от апоптоза [11]. Препарат тормозит синтез металлопротеаз и активатора плазминогена урокиназного типа, участвующих в катаболизме внеклеточного матрикса. Кроме того, он снижает синтез интерлейкина-6, что может быть еще одним механизмом уменьшения повреждения хрящевой ткани [4, 10]. Терапевтическое действие нимесулида обусловлено также его способностью ингибировать

фактор активации тромбоцитов, подавлять выделение гистамина, брадикинина, фактора некроза опухоли альфа и др. [4, 16].

В последние годы рассматривается механизм анальгетического действия НПВП, связанный с ингибированием передачи болевых импульсов посредством подавления образования ЦОГ-2, экспрессируемой в центральной нервной системе и в спинном мозге [13]. Эти исследования подчеркивают преимущественность использования специфических ингибиторов ЦОГ-2 для купирования воспалительной боли.

До последнего времени в лечении ревматических заболеваний "золотым стандартом" считали диклофенак [14].

Применение у больных ОА нимесулида фирмы "Д-р Редди'с Лабораторис", выпускаемого под торговой маркой Найза®, в дозе 200 мг в сутки в ряде отечественных исследований продемонстрировало высокую противовоспалительную и анальгетическую активность этого препарата [3, 5, 16].

Следует отметить, что современный подход к оценке эффективности препаратов предусматривает не только врачебную оценку динамики клинических данных, но и учет субъективного мнения больного о его состоянии, которое выясняется в ходе анкетирования с помощью различных опросников качества жизни (КЖ).

Цель работы - изучить эффективность и безопасность применения диклофенака и Найза® у больных гонартрозом.

Материалы и методы.

Работа проводилась в поликлинике Муниципальной городской клинической больницы №5 г. Оренбурга на базе кафедры общей врачебной практики Оренбургской государственной медицинской академии. В исследование были включены 60 больных остеоартрозом (ОА) с поражением коленных суставов (табл. 1). Диагноз ОА устанавливался в соответствии с критериями Л.И. Беневоленской и соавт. (1993). Среди обследованных больных преобладали женщины (86,7%). Возраст пациентов колебался от 29 до 82 лет. Средний возраст больных составил $53,4 \pm 9,5$ года. Длительность ОА была от 1 года до 30 лет. Средняя продолжительность гонартроза составила $7,4 \pm 6,8$ года.

У 96,7% больных был диагностирован полиостеоартроз

Таблица 1

Общая характеристика обследованных больных гонартрозом

№п/п	Показатели	I группа (n=30)		II группа (n=30)	
		абс.	%	абс.	%
1	Пол: мужчины	4	13,3	4	13,3
	женщины	26	86,7	26	86,7
2	Возраст, годы	52,5±8,9		54,3±10,2	
3	Длительность гонартроза, годы	8,7±7,6		6,2±5,6	
4	R-стадия гонартроза: I	17	56,7	9	30
	II	9	30	19	63,3
	III	4	13,3	2	6,7
5	Наличие: синовита	5	16,7	3	10
	кисты Бейкера	—	—	2	6,7
	периартрита	17	56,7	21	70
6	Сочетание синовита и периартрита				
	Степень функциональной недостаточности: 0	4	13,3	5	16,7
	I	11	36,7	12	40
	II	15	50	13	43,3

Таблица 2

Сопутствующие заболевания у больных гонартрозом

Заболевание	Число больных	
	I группа (n=30)	II группа (n=30)
Хронический пиелонефрит	20	26
Артериальная гипертония	14	20
Хронический холецистит	17	20
Хронический панкреатит	15	10
Хронический гастрит	9	14
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (вне обострения)	2	6
Хронический бронхит	6	7
Бронхиальная астма	0	1
Сахарный диабет	0	5

с поражением коленных суставов, среди которых в первой группе наблюдения узелковую форму имели 58,6% пациентов, во второй - 48,3%. По одному больному в каждой группе (3,3%) имели локализованную форму ОА коленных суставов.

Рентгенологическая стадия (R-стадия) гонартроза оце-

нивалась в соответствии с критериями J. Kellgren (1957). В исследование были включены больные с I-III R-стадиями ОА. По степени выраженности рентгенологических изменений в коленных суставах между группами различия были недостоверными, как и различия по степени недостаточности функции суставов.

Больные были разделены на 2 группы по 30 чел. в каждой. Пациентам I группы назначался диклофенак по 25 мг 3 раза в сут., пациентам II группы - Найз® по 100 мг 2 раза в сут. per os. Прием НПВП продолжался в течение 10 дней. В комплекс лечения больных обеих групп также входили поливитамины "Декамевит" и инъекции ксантинола никотината.

Для клинической характеристики состояния коленных суставов использовались следующие показатели: продолжительность утренней скованности (в мин.), боль по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) от 0 до 10 см, боль при пальпации в области коленного сустава и при движениях, ограничение объема движений и выраженность синовита в баллах.

Для оценки функции коленных суставов дополнительно использовались следующие параметры: время ходьбы по ровной поверхности на расстояние 30 м (сек), время подъема и спуска по лестнице на один лестничный пролет (сек).

В трудных диагностических случаях для выявления сус-

Таблица 3

Динамика клинических показателей у больных гонартрозом в процессе лечения диклофенаком и Найзом®

Группа	Динамика показателей (M±δ)						
	Скованность, мин	Боль по ВАШ, см	Боль при пальпации, баллы	Боль при движениях, баллы	Выраженность синовита, баллы	Время ходьбы на 30 м (сек)	Время ходьбы по 1 лестничному пролету (сек)
I группа	До лечения						
	8,1±6,5	5,6±2,4	0,9±0,9	1,3±1,1	1,1±1,1	32,2±11,8	23,3±16,5
	После лечения						
	3,8±4,2	3,7±2,4	0,5±0,7	0,9±1,1	0,8±1,0	29,4±10,5	21,1±12,1
	p<0,001	p<0,0001	p<0,05	p<0,05	p<0,001	p<0,01	p<0,05
II группа	До лечения						
	8,0±8,1	5,8±2,1	1,1±0,9	1,6±0,9	1,3±1,2	31,8±7,4	25,6±9,6
	После лечения						
	2,4±3,0	4,7±2,5	0,7±0,8	1,0±1,0	0,9±1,0	29,3±8,0	23,2±10,8
	p<0,01	p<0,01	p<0,05	p<0,05	p<0,05	p<0,02	P<0,05

Примечание: p - достоверность различий между показателями до и после лечения в каждой группе.

Таблица 4

Динамика показателей функционального статуса больных гонартрозом по данным МСАОЗ

Группы	Показатели шкалы анкеты в баллах (M±δ)			
	Функциональный индекс	Нуждаемость в приспособлениях или помощи	Удовлетворенность способностью	Динамика состояния по сравнению с 1-м годом заболевания
I группа	До лечения			
	6,1±3,4	5,0±3,2	3,5±2,2	13,3±2,0
	После лечения			
	4,2±3,1 p=0,000144	3,3±3,2 p=0,000293	1,9±2,4 p=0,000681	8,0±4,9 p=0,000018
II группа	До лечения			
	6,6±2,8	5,3±3,1	4,1±2,1	13,1±3,0
	После лечения			
	p=0,000089	4,2±2,7 p=0,007690	2,7±2,2 p=0,001611	7,5±4,9 p=0,000040

Таблица 5

Динамика показателей КЖ больных гонартрозом по данным SF-36

№п/п	Шкалы SF-36	I группа (M±δ)		II группа (M±δ)	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
1	Физическое функционирование (ФФ)	29,7±21,2	42,8±27,4*	26,2±15,9	34,8±23,4*
2	Роль физического функционирования (РФФ)	16,7±29,6	31,7±38,0	10,0±22,4	21,2±38,5
3	Общее здоровье (ОЗ)	48,5±21,2	52,2±21,5	37,9±22,6**	46,7±21,9*
4	Физическая боль (ФБ)	41,3±13,2	50,0±17,4*	38,3±16,1	48,3±18,4*
5	Психологическое здоровье (ПЗ)	52,4±23,4	63,5±24,3*	45,3±23,1	59,5±23,6*
6	Роль эмоционального функционирования (РЭФ)	30,0±43,2	57,8±47,9*	24,4±38,1	41,0±44,5
7	Жизнеспособность (Ж)	41,7±27,1	49,0±28,2*	34,3±24,6	47,3±29,6*
8	Социальное функционирование (СФ)	59,6±26,2	69,6±27,8*	47,1±27,0	58,7±26,7*

Примечание: * - достоверные различия в показателях до и после лечения в каждой группе,
** - достоверные различия между I и II группами до лечения (p<0,05).

тавного выпота и уточнения изменений околоуставных тканей больным дополнительно проводилось ультразвуковое исследование коленных суставов.

Среди обследованных пациентов практически все имели те или иные сопутствующие заболевания, среднее количество которых составило 6,4±2,9. В табл. 2 указана наиболее часто встречающаяся сопутствующая патология. Из таблицы видно, что большее число случаев выявления заболеваний ЖКТ (хронического гастрита, язвенной болезни, хронического холецистита), а также хронического пиелонефрита и артериальной гипертензии имели пациенты II группы. У пяти больных этой группы был диагностирован сахарный диабет II типа, который не был обнаружен среди больных I группы.

Оценка КЖ проводилась путем опроса больных при контакте с ними лицом к лицу с использованием четырех опросников: Модифицированной Станфордской анкеты оценки здоровья [2,], The 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) [1, 19, 21, 24,], Nottingham Health Profile (NHP) - "Ноттингемского профиля здоровья" [17], Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) - "Шкалы Исхода Травмы и Остеоартроза Коленного Сустава" [22].

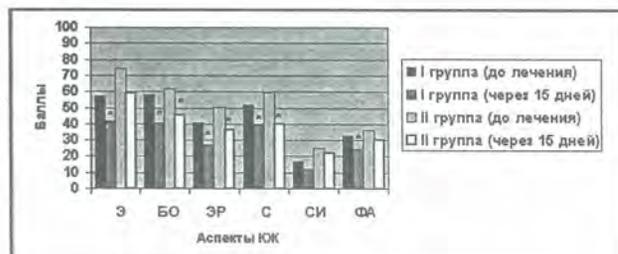
Клинические данные и показатели КЖ больных гонартрозом оценивались дважды: до начала лечения и через 15 дней. Эффективность и переносимость диклофенака и найза анализировались в группах наблюдения отдельно и в сравнении между собой.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась в программе Statistica 5,5 (фирма StatSoft Inc., США) с использованием метода вариационной статистики с вычислением для каждого показателя средней арифметической (M), стандартного отклонения (δ); непараметрических методов: критерия Вилкоксона для зависимых выборок и U-критерия Манна-Уитни для независимых выборок.

Результаты

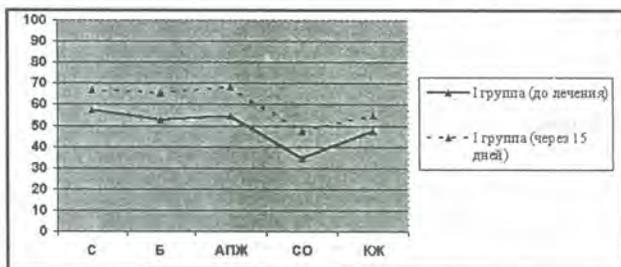
Динамика основных клинических показателей при лечении НПВП представлена в табл. 3. Как видно из таблицы, через 15 дней от начала лечения в обеих группах больных гонартрозом наблюдалось достоверное сокращение продолжительности утренней скованности, уменьшение выраженности боли по ВАШ, боли при пальпации и движениях в коленных суставах. Отмечалась тенденция к уменьшению выраженности синовита коленных суставов. Сократилось время прохождения 30 м по ровной поверхности и время подъема и спуска по I лестничному пролету

Рис. 1



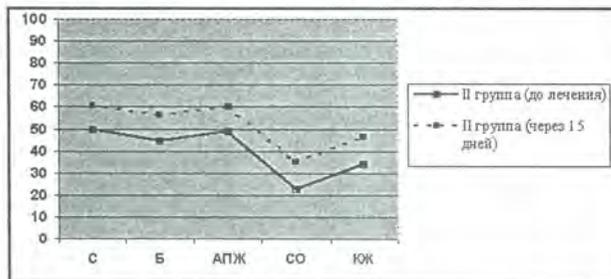
Аспекты КЖ больных гонартрозом по NHPI.
Э - "энергичность", БО - "болевые ощущения",
ЭР - "эмоциональные реакции", С - "сон", СИ -
"социальная изоляция", ФА - "физическая активность"

Рис. 2
Динамика показателей KOOS в I группе больных



С - симптомы, Б - боль, АПЖ - функции повседневной жизни, СО - спорт и отдых, КЖ - качество жизни, связанное с коленным суставом

Рис. 3
Динамика показателей KOOS во II группе больных



С - симптомы, Б - боль, АПЖ - функции повседневной жизни, СО - спорт и отдых, КЖ - качество жизни, связанное с коленным суставом

($p < 0,05$). Ни в одной из групп не было установлено достоверно значимого уменьшения ограничения объема движений в коленных суставах через 15 дней от начала лечения.

Анализ безопасности применения назначаемых НПВП выявил явные преимущества Найза®. Больные, принимавшие этот препарат, не отметили никаких побочных эффектов. Лишь у одной больной при проведении эзофагогастродуоденального исследования по окончании лечения были обнаружены признаки поверхностного гастрита.

Частота побочных эффектов в группе приема диклофенака составила 23,3% случаев. Из побочных реакций были отмечены боли в правом подреберье (2), тошнота и боли в желудке (2), жжение в желудке (1), головная боль (1), учащение стула (1). Зафиксирован 1 случай самостоятельной отмены диклофенака одной больной через 7 дней от начала приема препарата в связи с появлением тошноты и гастралгии. После окончания приема диклофенака отмеченные побочные эффекты самостоятельно купировались.

При оценке функционального состояния суставов по анкете MCAO3 через 15 дней от начала лечения больные обеих групп продемонстрировали достоверное улучшение функциональных возможностей своих суставов. В целом до лечения функциональные возможности были оценены как "средние", после лечения - как "хорошие". В обеих группах после лечения достоверно уменьшилась "нуждаемость в помощи", улучшились показатели "удовлетворенности своим состоянием", отмечена положительная динамика функциональных способностей по сравнению с 1-м годом заболевания (табл. 4).

По результатам анкетирования больных с использованием опросника SF-36 были получены оценки КЖ в баллах от 0 до 100. Чем больше ограничений испытывали больные в повседневной жизни за последние 4 нед., тем больше низкие показатели демонстрировал данный опросник.

При оценке КЖ по SF-36 среди больных I и II групп до лечения было установлено достоверное различие показателей "общего здоровья" (ОЗ), где худшими оказались показатели больных II группы ($p < 0,05$). Показатели шкалы "ролевого физического функционирования" (РФФ) до и после лечения в обеих группах оказались наиболее низкими среди других шкал опросника (табл. 5). Наиболее высокие оценки в I группе до и после лечения были получены по шкале "социального функционирования" (СФ). Во II группе наиболее высокие показатели до лечения отмечались также по шкале СФ, а через 15 дней - по шкале "психологического здоровья" (ПЗ).

По окончании лечения была выявлена достоверная положительная динамика показателей КЖ по всем шкалам опросника SF-36, за исключением шкалы РФФ для обеих групп, шкалы ОЗ для группы, принимавшей диклофенак, и шкалы "ролевого эмоционального функционирования" (РЭФ) для группы, получавшей Найз®. При этом достоверных различий между группами в показателях шкал после лечения не было обнаружено.

Один из 36 пунктов анкеты, так называемая переходная точка здоровья, не использующийся в обработке баллов ни по одной из шкал, позволял определить изменения в состоянии здоровья больного в течение последнего года. Значи-

тельная часть пациентов I группы до лечения - 17 чел. (56,7%) отметили, что их здоровье на момент проведения опроса было "несколько хуже, чем год назад", 6 (20%) оценили его, как "гораздо хуже, чем год назад", 5 (16,7%) - "примерно такое же, как год назад". И только 1 больной (3,3%) дал своему здоровью оценку - "несколько лучше, чем год назад". После лечения по-прежнему 6 больных (20%) отметили, что их здоровье "гораздо хуже, чем год назад", 13 чел. (43,3%) - "несколько хуже, чем год назад". По 5 чел. (16,7%) оценили свое здоровье как "примерно такое же, как год назад" и "несколько лучше, чем год назад". И лишь 1 пациент (3,3%) указал, что состояние его здоровья стало "значительно лучше, чем год назад".

Во II группе исходная оценка больными своего здоровья была ниже: 15 чел. (50%) отметили, что их здоровье "гораздо хуже, чем год назад", 10 (33,33%) - "несколько хуже, чем год назад", 2 (6,67%) - "примерно такое же, как год назад" и 3 (10%) - "несколько лучше, чем год назад". Через 15 дней оценка здоровья пациентами, принимавшими найз, в целом повысилась. Половина группы (15 чел.) оценили его, как "несколько хуже, чем год назад", 1 (3,33%) - как "примерно такое же, как год назад" и 6 чел. (20%) - "несколько лучше, чем год назад". Всего 8 больных (26,7%) по-прежнему дали оценку своему здоровью: "гораздо хуже, чем год назад".

Для оценки эффективности проводимой терапии также использовали общий опросник NHP, учитывая его способность давать более полную оценку болевым ощущениям пациентов и определять другие показатели КЖ, которых нет в анкете SF-36. Опросник NHP состоял из двух частей. Первая часть (NHP1) давала оценку 6 аспектам КЖ обследованных больных ОА: "энергичности", "болевым ощущениям", "эмоциональным реакциям", "сну", "социальной изоляции" и "физической активности". Вторая часть анкеты (NHP2) выявляла влияние состояния здоровья на различные стороны жизни пациента. В данном инструменте оценка показателей от 0 до 100 имела обратную интерпретацию, чем в SF-36. В нём значение 0 баллов соответствовало лучшему состоянию здоровья, а 100 - худшему.

Исходные показатели КЖ по NHP1 не имели достоверных различий между группами наблюдения, несмотря на то, что средние значения баллов во II группе были выше (рис. 1). Через 15 дней от начала лечения в I группе больных было отмечено достоверное улучшение показателей "болевым ощущениям", "энергичности", "эмоциональных реакций", "сна" и "физической активности" ($p = 0,0004-0,03$). Во II группе после лечения достоверно уменьшились "болевым ощущениям", улучшились "эмоциональные реакции" и "сон" ($p = 0,004-0,006$).

Состояние здоровья в обеих группах наблюдения оказывало влияние на работу (выполнение оплачиваемого труда) у 20 пациентов (66,7%), на ведение домашнего хозяйства - у 23 (76,7%). Здоровье оказывало воздействие на общественную жизнь 21 больного (70%) I группы и 22 больных (73,3%) II группы, на домашнюю жизнь (взаимоотношения с другими членами семьи) 12 больных (40%) I группы и 15 (50%) II группы, на половую жизнь 12 пациентов (40%) I

группы и 13 (43,3%) II группы. Оно влияло на увлечения 14 больных (46,7%) I группы и 18 (60%) II группы и на полноценный отдых 20 больных (66,7%) I группы и 22 (73,3%) II группы. Следовательно, в целом здоровье пациентов II группы оказывало большее воздействие на различные стороны их жизни.

Опросник KOOS позволил выявить изменения КЖ, непосредственно связанные с поражением коленных суставов. По результатам опроса были построены "профили KOOS" (рис. 2, 3). 100 баллов в этом тесте свидетельствовали об отсутствии симптомов, а 0 баллов соответствовали резко выраженным симптомам. До начала лечения и через 15 дней наиболее низкие оценки в обеих группах были получены в подшкале "спорт и отдых". Подшкала "симптомы" имела наиболее высокие оценки до лечения в обеих группах наблюдения и во II группе через 15 дней. В I группе после лечения наиболее высокие показатели продемонстрировала подшкала "активности повседневной жизни". Достоверных различий между I и II группами больных гонартрозом в показателях КЖ по KOOS не было установлено.

Обсуждение

Таким образом, результаты нашего исследования показали, что Найз®, используемый в комплексной терапии гонартроза, является эффективным противовоспалительным и обезболивающим препаратом. Полученные нами результаты оценки эффективности Найза® у пациентов, страдающих ОА, согласуются с данными других исследований. Так, в многоцентровом исследовании, включившем 23 тыс. больных ОА, наблюдавшихся у врачей общей практики,

было показано, что назначение нимесулида в дозе от 100 до 400 мг в сут. в течение 5-21 дня приводило к снижению боли по ВАШ и уменьшению скованности [3]. В нашем наблюдении эти эффекты были получены при назначении Найза® в дозе 200 мг в сут. в течение 15 дней. Клиническое улучшение, полученное после приема Найза®, не уступало эффекту диклофенака.

По данным метаанализа результатов сравнительного клинического испытания нимесулида и других НПВП (диклофенак, эторолак, напроксен и др.) у больных с различными воспалительными заболеваниями общая частота побочных реакций со стороны ЖКТ при приеме нимесулида была значительно ниже (8,7%), чем при приеме других НПВП (16,8%) [10]. В нашем исследовании также было показано, что Найз® отличается от диклофенака лучшей переносимостью.

Использование опросников КЖ для оценки эффективности терапии гонартроза диклофенаком и Найзом® позволило получить доказательства улучшения не только физического, но и психологического состояния пациентов.

Заключение

Современные подходы к определению эффективности НПВП, основанные на совокупной оценке динамики клинических данных и показателей КЖ, позволяют получить более полное представление об изменениях состояния пациентов в процессе лечения. В итоге они дают возможность осуществить подбор более эффективной и более безопасной для конкретного больного терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авксентьева М.В., Воробьев П.А., Герасимов В.Б. с соавт. Экономическая оценка эффективности лекарственной терапии (фармакоэкономический анализ), М., 2000, 80.
2. Амирджанова В.Н., Фоломеева О.М., Цветкова Е.С., Александров А.А. Применение Модифицированной Станфордской анкеты оценки здоровья у больных ревматоидным артритом. Ревматология, 1989, 3, 56-61.
3. Балабанова Р.М. Нимесулид - противовоспалительный препарат с селективным ингибированием ЦОГ-2. Рус. мед. журн., 2001, 7-8, 291-292.
4. Балабанова Р.М. Нимулид (нимесулид) - противовоспалительный препарат с селективной ингибцией циклооксигеназы-2. Рос. ревматол., 1999, 1, 22-24.
5. Балабанова Р.М., Цветкова Е.С., Алексеева Л.И., Чичасова Н.В. Эффект препарата Найз® (нимесулид) при остеоартрозе и ревматоидном артрите. Рос. ревматол., 1999, 3, 54-57.
6. Гребенева Л.С., Насонова С.В., Цветкова Л.И. Побочные эффекты лечения нестероидными противовоспалительными препаратами и пути их коррекции. Клини. мед., 1997, 5, 42-45.
7. Митрович Д. Медикаментозная терапия остеоартроза: состояние и перспективы. Тер. архив, 1993, 5, 69-72.
8. Насонов Е.Л. Анальгетические эффекты нестероидных противовоспалительных препаратов при заболеваниях опорно-двигательного аппарата: баланс эффективности и безопасности. Consilium medicum, 2001, 5, 209-215.
9. Насонов Е.Л. Современное учение о селективных ингибиторах ЦОГ-2: новые аспекты применения мелоксикама (мовалиса). Научно-практич. ревматол., 2001, 1, 58-62.
10. Насонов Е.Л. Фармакотерапия ревматических заболеваний. Рос. ревматол., 1999, 3, 46-54.
11. Насонов Е.Л. Эффективность и переносимость нестероидного противовоспалительного препарата. Нимесулид: новые данные. Рус. мед. журн., 2001, 5, 636-639.
12. Насонов Е.Л., Цветкова Е.С., Тов Н.Л. Селективные ингибиторы циклооксигеназы-2: новые перспективы лечения заболеваний человека. Тер. архив, 1998, 5, 8-14.
13. Насонова В.А. Значение циклооксигеназы-2 в развитии боли. Тер. архив, 2001, 5, 56-64.
14. Насонова В.А. Рациональное применение нестероидных противовоспалительных препаратов в ревматологии. Рус. мед. журн., 2002, 6, 302-306.
15. Николаев А.Н. Нестероидные противовоспалительные препараты: эффективность и безопасность. Рус. мед. журн., 2001, 15, 664-666.
16. Пилаев В.Г., Маткевич Л.Н., Пихлак Э.Г. Отчет о результатах клинических испытаний нестероидного противовоспалительного препарата Найз (нимесулид). Рос. ревматол., 1999, 3, 64-69.
17. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине. Науч. обзор под ред. В.А. Орлова, С.Р. Гиляревского, М., 1992, 66.
18. Шостак Н.А., Логинова Т.К. Современные представления о лечении ревматоидного артрита. В мире лекарств, 2001, 2, 4-7.
19. Brazier J.E., Harper R., Jones N.M. et al. Validation the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. BMJ, 1992, 305, 160-164.
20. Brooks P., Emery P., Evans J.E. et al. Interpreting the clinical significance of the differential inhibition of cyclooxygenase-1 and cyclooxygenase-2. Rheumatol., 1999, 38, 779-788.
21. Hays R.D., Sherbourne C.D., Mazel R.M. The RAND 36-Item Health Survey 1.0. Health Economics, 1993, 2, 217-227.
22. Roos E.M., Roos H.P., Ekdahl C., Lohmander L.S. Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) - validation of a Swedish version. Scand. J. Med. Sci. Sports, 1998, 8, 6, 439-448.
23. Janssen M., Dijkmans B., van der Sluijs F.A. Upper gastrointestinal complaints and complication in chronic rheumatic patients in comparison with other chronic diseases. Br. J. Rheum., 1992, 31, 747-752.
24. Ware J.J., Sherbourne C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med. Care, 1992, 30, 473-483.

Abstract

Quality of life characteristics in assessment of diclofenac and Nise® efficacy in patients with gonarthrititis.

L.V. Sizova, G.G. Bagirova

Objective. To study efficacy and safety of diclofenac and Nise® application in pts with gonarthrititis.

Material and methods. 60 pts with gonarthrititis were included (mean age $53,4 \pm 9,5$ years, mean disease duration $7,4 \pm 6,8$ years). Quality of life was assessed with 4 questionnaires: Modified Stanford Health Assessment Questionnaire (MHAQ), SF-36, Nottingham Health Profile (NHP), Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS). 30 pts of group I received diclofenac 75 mg/day, 30 pts of group II were treated with Nise® 200 mg/day for 10 days. Multi-vitamins "Decamevitum" and injections of Xantinoli nicotinatis were used as additional treatment.

Results. Diclofenac and Nise® showed good analgesic and anti-inflammatory effect. Both provided quality of life improvement in pts with gonarthrosis. Nise® was better tolerated.

Key words: *gonarthrititis, diclofenac, nimesulid, efficacy, safety.*

Поступила 5.09.03