

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХОНДРОИТИН СУЛЬФАТА И ЕГО КОМБИНАЦИИ С ГЛЮКОЗАМИНА ГИДРОХЛОРИДОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГОНАРТРОЗА И КОКСАРТРОЗА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

О.Ю. Майко, Е.Е. Савелова

ГБОУ ВПО Оренбургский государственный медицинский университет,
Россия

Цель исследования. Оценить в сравнительном аспекте клиническую эффективность курсового лечения с использованием хондроитин сульфата (структум) и его комбинации с глюкозамина гидрохлоридом (артра) у больных остеоартрозом коленных и тазобедренных суставов по клиническим показателям и параметрам УЗИ суставов в зависимости от локализации и стадии процесса.

Материалы и методы. Обследованы 120 амбулаторных больных с обострением остеоартроза коленных и тазобедренных суставов I–III стадии. В I группе ($n = 60$) назначался хондроитин сульфат (структум), во II ($n = 60$) – комбинация хондроитин сульфата с глюкозамина гидрохлоридом (артра) по 2 курса терапии длительностью 3 мес в течение года. В каждой группе выделяли две подгруппы: больных с гонартрозом ($n = 40$) и коксартрозом ($n = 20$). Оценивали выраженность боли, функциональный статус и качество жизни больных. Выраженность боли по ВАШ оценивали в покое и при ходьбе, определяли функциональные индексы Лекена, WOMAC и качество жизни по анкете EQ-5D, проводили рентгенологическое, ультразвуковое исследование суставов, оценивали потребность в приеме НПВП (найз).

Результаты. Применение курсовой терапии с использованием структума и артры у больных гонартрозом и коксартрозом способствует уменьшению болевого синдрома, улучшению функционального состояния суставов и параметров качества жизни, позволяя снизить потребность в приеме НПВП более чем на 50%. По окончании терапии нормализовались УЗ-параметры в суставах у больных гонартрозом в 40–42,5%, а у больных коксартрозом – в 30% случаев. Эффективность терапии зависела от рентгенологической стадии заболевания. Наибольшая эффективность лечения обоими препаратами была у больных гонартрозом I и II рентгенологической стадии при назначении артры.

Заключение. Получена сопоставимая клиническая эффективность курсовой терапии с использованием структума и артры, более выраженная у больных гонартрозом, чем коксартрозом. В ранней стадии гонартроза более выраженный и длительный эффект отмечен при применении артры.

Ключевые слова: гонартроз, коксартроз, хондроитин сульфат, глюкозамина гидрохлорид

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов

CLINICAL EFFICACY OF CHONDROITIN SULFATE AND ITS COMBINATION WITH GLUCOSAMINE HYDROCHLORIDE IN THE TREATMENT OF HEART ROSE AND COXARTHROSIS

O.Y. Maiko, E.E. Savelova

Medical University Orenburg State Medical University, Russia

Objective. To evaluate in a comparative perspective the clinical effectiveness of a course of treatment with chondroitin sulfate (structum) and its combination with glucosamine hydrochloride (artra) in patients with osteoarthritis of the knee and hip joints, depending on the location and stage of the process.

Subjects and methods. Surveyed 120 outpatients with osteoarthritis of the knee and hip joints I–III stage. In group I ($n = 60$) was administered chondroitin sulfate (structum), II ($n = 60$) is a combination of chondroitin sulfate with glucosamine hydrochloride (artra) according to scheme 2 treatment duration of 3 months during the year. In each group identified two subgroups of patients with gonarthrosis ($n = 40$) and coxarthrosis ($n = 20$). Evaluated the severity of pain, functional status and quality of life of patients. Assessed the severity of the pain in your at rest and during walking, functional indexes Le-kena, WOMAC and quality of life questionnaire EQ-5D, x-ray, ultrasound of the joints, assessed the need for taking NSAIDs (nise).

Results. The applying course of therapy with the use of structum and artery in patients with gonarthrosis and coxarthrosis contributes to the reduction of pain, improved of the functional condition of the joints and dimensions of life quality, which reduces the need for taking NSAIDs for more than 50%. At the end of therapy normalization of ultrasonic parameters in the joints of patients with gonarthrosis identified in 40–42,5%, and in patients coxarthrosis – in 30% of cases. The effectiveness of therapy depended on the radiographic stage of a disease. The best treatment efficacy of both drugs was obtained in patients with gonarthrosis I and II radiographic stages with the purpose of artra.

Conclusion. Received comparable clinical efficacy of the course of therapy with the use of structum and artery, and more pronounced in patients with gonarthrosis than coxarthrosis. In the early stages of gonarthrosis more pronounced and long-lasting effect noted was when the appointment of artra.

Keywords: gonarthrosis, coxarthrosis, chondroitin sulfate, glucosamine hydrochloride

Authors declare lack of the possible conflicts of interests

Остеоартроз (ОА) занимает лидирующие позиции в структуре ревматических болезней (60–70%) [7, 10]. По данным официальной статистики, за последние 10 лет увеличилось общее число зарегистрированных больных ОА с 1574,4 до 3302,7 на 100 тыс. населения. Поскольку ОА является заболеванием второй половины жизни человека, то по ближайшим демографическим прогнозам тенденция к интенсивному росту общей и первичной заболеваемости будет сохраняться, что приведет к двукратному увеличению числа пациентов с ОА к 2020 г. [10, 11].

Основным патогенетическим звеном ОА является дегградация хрящевой ткани сустава с потерей протеогликанов, в связи с этим широкое применение получили симптоматические препараты

медленного действия (SYSADOA), которые оказывают положительное влияние на метаболические процессы в хрящевой ткани и регенеративные возможности хондроцитов, снижают потребность в приеме НПВП, обладают хорошей переносимостью и высокой безопасностью. Наиболее изученными среди этих препаратов являются хондроитин сульфат (ХС) и глюкозамин, эффективность которых доказана в многочисленных плацебо-контролируемых исследованиях [1, 6, 9, 13–16], уровень доказательности IA–IB [12, 18]. Ряд авторов показали, что наиболее выражен эффект при использовании комбинированных препаратов, содержащих ХС и глюкозамина сульфат/гидрохлорид (ГС/ГГ), по сравнению с монокомпонентными, содержащими ХС

[17,18]. Тем не менее результаты немногочисленных исследований по клинической эффективности ГС/ГГ в лечении коксартроза (КА) неоднозначны, а данные по сравнительной оценке монокомпонентных и комбинированных препаратов, содержащих ХС и ГГ, в зависимости от локализации процесса единичны и противоречивы.

Таким образом, комплексная оценка клинической эффективности терапии с использованием препаратов, содержащих ХС и ГС в комбинации с ГГ, у больных ГА и КА является актуальной и имеет практическую значимость, особенно при использовании их в амбулаторных условиях.

Цель исследования: оценить в сравнительном аспекте эффективность курсового лечения с использованием хондроитин сульфата (структур) и его комбинации с глюкозамина гидрохлоридом (артра) у больных остеоартрозом коленных и тазобедренных суставов по клиническим показателям и данным ультразвукового исследования в зависимости от локализации и стадии процесса.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включены 120 амбулаторных больных, преимущественно женщин (91%), обратившихся в поликлинику с обострением остеоартроза коленных и тазобедренных суставов, удовлетворяющих диагностическим критериям Американской коллегии ревматологов (R. Altman, 1991) и имеющие I–III стадии по классификации Kellgren-Lawrence, с выраженностью болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) 40 мм и более, необходимостью приема НПВП. Медиана возраста составила – 58 (54; 60) лет. Средняя длительность ОА – 7 (5; 12) лет. Преобладали больные во II рентгенологической стадии (55%), реже в I (27,5%) и III (17,5%) стадии. У большинства пациентов (65%) ОА осложнялся синовитом и/или тендинитом. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения: ОА IV рентгенологической стадии, посттравматический ОА, артриты другой этиологии, сахарный диабет, тяжелые сопутствующие заболевания внутренних органов, онкологический анамнез.

В зависимости от проводимой терапии больные ОА были разделены на 2 равные группы, сопоставимые по возрастному-половому составу, длительности ОА, рентгенологической стадии, степени функциональной недостаточности суставов, клиническим показателям. Пациентам I группы ($n = 60$) назначали курсовое лечение ХС (структур) по 1000 мг/сут в

течение 3 мес, II группы – комбинация ХС с ГГ (артра) по 2000 мг/сут в течение 3 недель, а затем по 1000 мг/сут до 3 мес. Пациентам обеих групп в начале лечения назначали НПВП (найз) по 200 мг/сут в течение 2 недель. В дальнейшем НПВП использовался по мере необходимости – в связи с выраженностью болевого синдрома в различных дозах и с различной длительностью приема.

Распределение больных по группам было случайным и зависело от финансовых возможностей пациентов, поскольку пациенты приобретали препараты за свой счет, исследование проводилось открытым методом. В зависимости от преимущественной локализации ОА в каждой группе были сформированы по две подгруппы: больные ГА ($n = 40$) и КА ($n = 20$).

В течение года проводили 2 курса 3-месячной терапии (структур и артра) с 3-месячным перерывом. Динамическое наблюдение осуществляли каждые 3 мес в течение 12 мес с применением основных критериев эффективности: показателей интенсивности болевого синдрома в покое и при ходьбе по ВАШ, функционального индекса Лекена, качества жизни (КЖ) по анкете EQ-5D, параметров УЗИ суставов, оценивалась суточная потребность в НПВП. Рентгенологическое исследование с использованием рентгенодиагностического комплекса Apollo (Италия, 2011 г.) и ультразвуковое исследование (УЗИ) пораженных суставов с использованием аппарата Samsung Medison ЕКО 7-Rus (Корея, 2007 г.) с применением линейного высокочастотного датчика базовой частотой 5–7,5 МГц проводилось до начала терапии и через 12 мес.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью компьютерной программы «Statistica 6.0». Значения переменных представлены в виде медианы с указанием квартилей Me (Q25; Q75). Для сравнения групп применяли U-критерий Манна-Уитни, Вилкоксона и оценивали коэффициент корреляции Спирмена. Различия признавались статистически достоверными при уровне $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Клиническая характеристика больных ОА представлена в табл. 1.

До начала курсового сочетанного лечения с использованием структур или артры показатели болевого синдрома по ВАШ, альгофункционального состояния по индексу Лекена и параметры КЖ по индексу EQ-5D у всех больных были значимо хуже их нормальных значений и средних популяционных величин ($<0,05$), причем, у пациентов как ГА в обеих группах, так и КА все показатели были сопоставимы ($p < 0,05$). За уровень популяционных значений в России

применялись нормы КЖ, разработанные Международным центром КЖ [20].

В течение 12 мес наблюдения у больных ГА и КА обеих групп отмечалась положительная динамика изменения клинических показателей и параметров КЖ с достижением достоверно выраженного клинического эффекта по окончании 1-го и 2-го курсов 3-месячной терапии структумом и артрой и постепенным их ухудшением после окончания приема препаратов. Были отмечены различия в течение патологического процесса

в зависимости как от локализации ОА, так и от применяемого препарата.

Начиная с 1-го месяца от начала терапии уменьшалась выраженность болевого синдрома при ходьбе и в покое по ВАШ, улучшилось и функциональное состояние суставов. Параметры КЖ по индексу EQ-5D улучшились у больных ГА, а при КА сохранились на прежнем уровне.

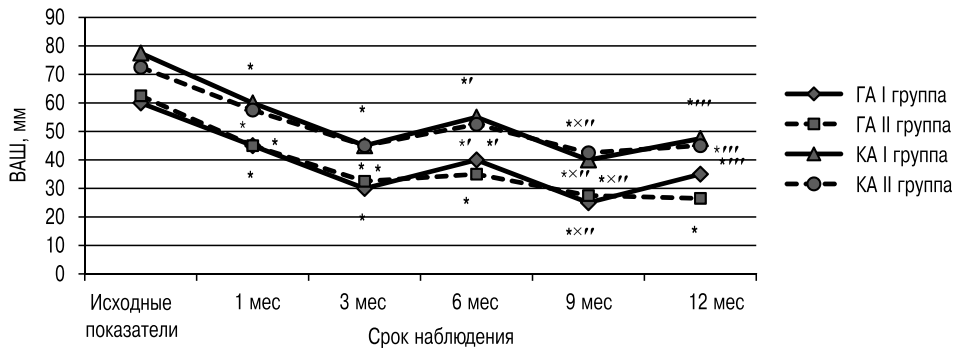
Через 3 мес от начала лечения с использованием структума и артрой был достигнут статистически значимо выраженный эффект в отношении

Таблица 1

Клиническая характеристика больных ОА

Признак	I группа (структум) n = 60			II группа (артрой) n = 60			p
	гонартроз n = 40	коккартроз n = 20	итого	гонартроз n = 40	коккартроз n = 20	итого	
	n (%)			n (%)			
Пол:							
женщины	37 (92,5)	17 (85)	54 (90)	37 (92,5)	19 (95)	55 (92)	>0,05
мужчины	3 (7,5)	3 (15)	6 (10)	3 (7,5)	1 (5)	4 (8)	>0,05
Возраст, годы:	56 (51; 59)	57 (52,5; 60)	56,5 (51,8; 59,5)	59 (55,5; 60)	58,5 (55; 60)	58,8 (55,3; 60)	>0,05
40–49	8 (20)	3 (15)	11 (18)	5 (12,5)	2 (10)	7 (12)	
50–59	26 (65)	14 (70)	40 (67)	20 (50)	13 (65)	33 (55)	
≥ 60	6 (15)	3 (15)	9 (15)	15 (37,5)	5 (25)	20 (33)	
Длительность ОА, годы:	6,5 (3; 11)	6,5 (3,5; 10)	6,5 (3,2; 10,5)	8 (5; 12,5)	10 (5; 12)	9 (5; 12,3)	>0,05
1–5	12 (30)	7 (35)	19 (32)	13 (32,5)	6 (30)	19 (32)	
6–10	15 (37,5)	9 (45)	24 (40)	11 (27,5)	8 (40)	19 (32)	
> 10	13 (32,5)	4 (20)	17 (28)	16 (40)	6 (30)	22 (36)	
Длительность обострения ОА, месяцы	2 (1; 3)	3 (2; 4)	2,5 (1,5; 3,5)	1,5 (1; 2,5)	3 (1; 4)	2,5 (1; 3,5)	>0,05
Рентгенологическая стадия:							
I	12 (30)	5 (25)	17 (28)	12 (30)	5 (25)	17 (28)	>0,05
II	20 (50)	12 (60)	32 (53)	20 (50)	12 (60)	32 (53)	>0,05
III	8 (20)	3 (15)	11 (18)	8 (20)	3 (15)	11 (18)	>0,05
Функциональная недостаточность суставов, степень:							
I	17 (42,5)	8 (40)	25 (42)	19 (47,5)	7 (35)	26 (43)	>0,05
II	20 (50)	10 (50)	30 (50)	19 (47,5)	11 (55)	30 (50)	>0,05
III	3 (7,5)	2 (10)	5 (8)	2 (5)	2 (10)	4 (7)	>0,05
УЗ-признаки:							
синовита	5 (12,5)	6 (30)	11 (18)	4 (10)	5 (25)	9 (15)	>0,05
тендинита	5 (12,5)	6 (30)	11 (18)	4 (10)	7 (35)	11 (18)	>0,05
сочетание синовита и тендинита	30 (75)	8 (40)	38 (63)	32 (80)	8 (40)	40 (67)	>0,05
Кисты Бейкера	12 (30)	–	12 (20)	10 (25)	–	10 (17)	>0,05
Оценка боли по ВАШ:							
при ходьбе	60 (55; 70)	77,5 (67,5; 80)	68,8 (61,3; 75)	62,5 (52,5; 70)	72,5 (60; 80)	68 (56; 75)	>0,05
в покое	30 (27,5; 40)	45 (30; 55)	37,5 (28,8; 47)	30 (20; 40)	40 (35; 50)	35 (28; 45)	>0,05
Индекс Лекена, баллы	15 (12; 18)	19 (13; 20,5)	17 (12,5; 19,5)	15 (12; 19)	19,5 (16; 20)	17,3 (14; 19,5)	>0,05
Индекс EQ-5D, баллы	0,35 (0,11; 0,45)	0,11 (0,04; 0,25)	0,23 (0,08; 0,35)	0,40 (0,23; 0,73)	0,17 (0,07; 0,3)	0,29 (0,15; 0,38)	>0,05

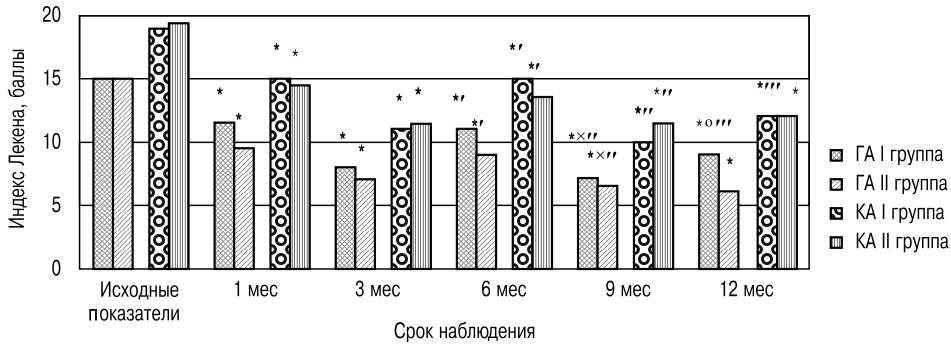
Примечание. Данные представлены в виде медианы с указанием квартилей Me (Q25; Q75). p > 0,05 при сравнения итоговых параметров у больных I и II групп (по U-критерию Манна -Уитни). При сравнении параметров у больных в подгруппах ГА и КА обеих групп достоверных различий не выявлено.



ГА I	60(55;70)	45(37,5;55)	0(25;42,5)	40(25;50)	25(20;35)	35(25;50)
КА I	77,5(67,5;80)	60(50;65)	45(35;52,5)	55(45;67,5)	40(30;50)	47,5(40;57,5)
ГА II	62,5(52,5;70)	45(35;52,5)	32,5(25;45)	35(25;52,5)	27,5(17,5;45)	26,5(16,5;45)
КА II	72,5(60;80)	57,5(50;65)	45(40;60)	52,5(45;60)	42,5(35;50)	45(40;60)

Рис. 1. Динамика выраженности боли по ВАШ при ходьбе у больных ГА и КА на фоне приема структума и артры (Ме).

Примечание. Статистически значимые различия между показателями разных сроков наблюдения внутри подгрупп ГА и КА (критерий Вилкоксона): * $p < 0,05$ – до лечения и 1, 3, 6, 9, 12 мес; ' $p < 0,05$ – между 3 и 6 мес; × $p < 0,05$ – между 3 и 9 мес; ° $p < 0,05$ – между 6 и 9 мес; °° $p < 0,05$ – между 9 и 12 мес.



ГА I	15(12;18)	11(8;13)	7,5(5;10,5)	11(7,5;14)	6,5(5;10)	8,5(6,5;12)
КА I	19(13;20,5)	15(11;17)	11(7,5;15)	15(11;16)	10(7,5;13)	12(8;15)
ГА II	15(12;19)	9,5(7;13)	7(5;12)	9(6,5;13,5)	6,5(4;10,5)	6(4;10)
КА II	19,5(16;20)	14,5(11;17)	11,5(9;14)	13,5(12;15)	11,5(10;13)	12(10;15)

Рис. 2. Динамика индекса Лекена у больных ГА и КА на фоне приема структума и артры (Ме).

Примечание. Статистически значимые различия между показателями разных сроков наблюдения внутри подгрупп ГА и КА (критерий Вилкоксона): * $p < 0,05$ – до лечения и 1, 3, 6, 9, 12 мес; ' $p < 0,05$ – между 3 и 6 мес; × $p < 0,05$ – между 3 и 9 мес; ° $p < 0,05$ – между 6 и 9 мес; °° $p < 0,05$ – между 9 и 12 мес; °°° $p < 0,05$ – между больными ГА I и II группы (критерий Манна-Уитни).

всех клинических показателей по сравнению с исходными значениями, с тенденцией более выраженной положительной динамики при ГА, чем при КА. Так, показатель боли при ходьбе по ВАШ у больных ГА I группы снизился на 50% и II группы – на 48%, а при КА на 48 и 38% соответственно (рис. 1). Выраженность боли в покое по ВАШ уменьшилась при ГА на 67% в обеих группах, при КА – на 55% в I группе и 50% во II группе.

У больных ГА аналогичная положительная динамика была выявлена при оценке индекса Лекена соответственно на 50 и 45% в I и II группах. При КА отмечались менее выраженные из-

менения показателей по индексу Лекена – на 42 и 41% соответственно (рис. 2).

Наряду с клиническими показателями статистически значимо улучшились параметры КЖ по индексу EQ-5D у больных ГА (на 46 и 45%), чем при КА (39 и 23%). Причем, при ГА значения стали достоверно лучше, по сравнению с показателями у больных КА и приблизились к популяционной норме (рис. 3).

Через 3 мес после отмены I-го курса терапии – ухудшение клинических показателей. Так, у больных ГА и КА I группы значения всех клинических показателей стали статистически значимо хуже ($p < 0,05$) по сравнению со значения-

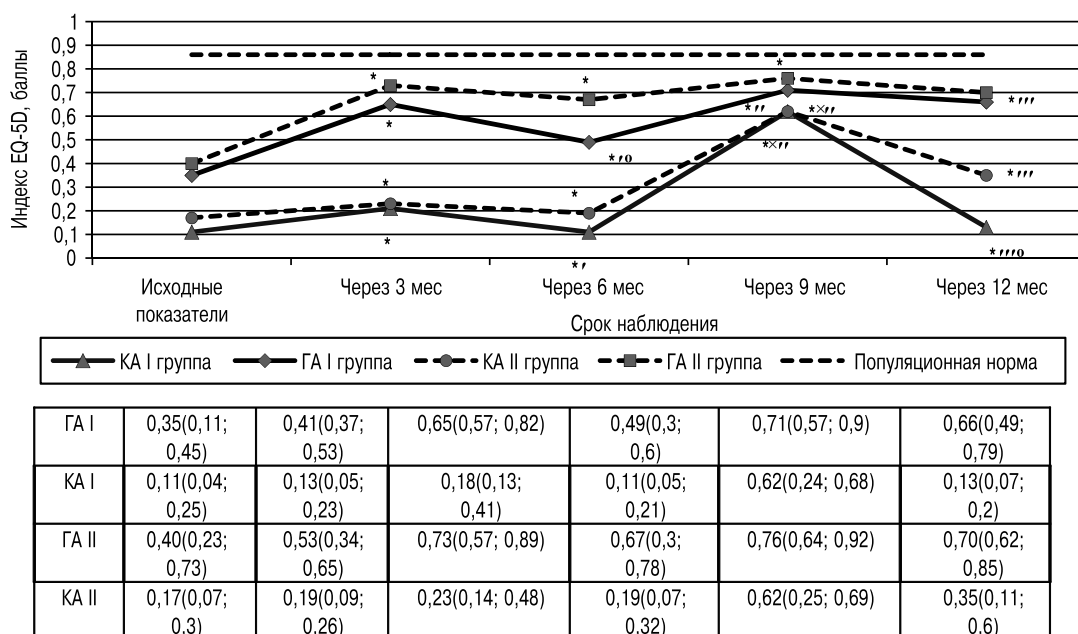


Рис. 3. Динамика значений индекса EQ-5D у больных ГА и КА на фоне лечения структумом и артрой.

Примечание. Статистически значимые различия между показателями разных сроков наблюдения внутри подгрупп ГА и КА (критерий Вилкоксона): * $p < 0,05$ – до лечения и 1, 3, 6, 9, 12 мес; ' $p < 0,05$ – между 3 и 6 мес; × $p < 0,05$ – между 3 и 9 мес; " $p < 0,05$ – между 6 и 9 мес; "" $p < 0,05$ – между 9 и 12 мес; ° $p < 0,05$ – между больными I и II группы (критерий Манна-Уитни).

ми сразу после окончания первого курса терапии. Отрицательная динамика показателей II группы, по сравнению с I, была менее интенсивная и зависела от локализации процесса. Так, при ГА ухудшились только значения индекса Лекена ($p < 0,05$), при КА значимо ухудшились все клинические показатели. Через 3 мес после отмены 2-го курса лечения при ГА определялось статистически значимое ухудшение всех клинических показателей только у больных I группы, хотя достигнутые значения оставались достоверно лучше исходных значений и значений перед началом 2-го курса терапии. У больных ГА II группы положительные результаты, достигнутые после второго курса терапии с использованием артры, сохранились на прежнем уровне, причем отмечался более длительный и выраженный эффект последствия после применения артры. У больных КА было статистически значимое, сопоставимое по группам ухудшение всех клинических показателей, кроме индекса EQ-5D, но при этом значения оставались достоверно лучше исходных. У пациентов с КА, принимавших артру, значения показателей боли при ходьбе и в покое по ВАШ были значимо лучше, по сравнению с их значениями перед началом 2-го курса терапии ($p < 0,05$).

При корреляционном анализе отмечена прямая связь эффективности терапии структумом и

артрой с рентгенологической стадией ОА, причем, наиболее чувствительным оказался индекс Лекена. Так, у больных с ГА обеих групп была сильная корреляция ($r_I = 0,75$; $p_I = 0,0000$ и $r_{II} = 0,79$; $p_{II} = 0,0000$), а у больных КА связь умеренной силы ($r_I = 0,54$; $p_I = 0,014$ и $r_{II} = 0,48$; $p_{II} = 0,031$).

Наиболее выраженная, статистически значимая положительная динамика выявлена при ГА I–II стадий, по сравнению с III стадией и при КА I стадии, по сравнению со II–III стадией ($p < 0,05$). Применение в сравнительном аспекте обоих препаратов у больных ГА I стадии показало, что при курсовом лечении с использованием артры сохранялся более выраженный эффект последствия после 2 курсов терапии. Во II стадии сопоставима эффективность терапии обоими препаратами. В III стадии более выраженный положительный эффект определен при использовании структума после 1-го и 2-го курсов лечения по показателям боли в покое по ВАШ и КЖ по индексу EQ-5D, однако через 12 мес различия между показателями не отмечалось. У больных КА I–III стадии сопоставима клиническая эффективность структума и артры.

Данные оценки динамики клинических показателей на фоне терапии обоими препаратами у больных ГА и КА подтверждаются данными о

потребности в приеме НПВП (найз). В течение 12 мес наблюдения на фоне курсовой терапии с применением структума и артры потребность в НПВП при ГА и КА была сопоставима. При ГА по окончании 1-го курса терапии обоими препаратами отказались от приема НПВП по 57,5% пациентов, а при КА – по 45 и 40% соответственно. На постоянном приеме оставалось вдвое больше больных КА в обеих группах (по 20%), чем ГА – 7,5% в I группе и 10% во II.

После 2-го курса терапии не нуждались в приеме НПВП до 60 и 62,5% больных ГА, а при КА – 45 и 40% в I и II группах, причем на постоянном приеме НПВП оставались вдвое меньше больных ГА и КА в обеих группах, чем после 1-го курса.

По данным УЗИ коленных и тазобедренных суставов, у больных обеих групп была зафиксирована положительная динамика, подтверждающая клинические данные (табл. 2).

Так, по окончании двух курсов терапии больных ГА нормализация УЗ-параметров отмечена в 40–42,5% случаев, при КА – у 30% пациентов обеих групп. Признаки сочетания синовита и тендинита у больных ГА остались у 7,5 и 10% соответственно по группам. При КА воспалительные явления сохранялись у 70% пациентов, причем, количество синовитов сократилось до 10% в каждой группе и у 50% больных сохранялись признаки тендинита.

Полученные нами данные о симптоматической эффективности препарата, содержащего ХС и ГГ, у больных ГА и КА согласуются с результатами ряда работ, показавших более высокую

эффективность использования комбинированных препаратов, содержащих ХС и ГС/ГГ, по сравнению с монокомпонентными препаратами [12, 17]. Экспериментальные и клинические работы показывают целесообразность проведения длительного курсового лечения с использованием ХС и его комбинации с ГГ [1, 6, 9, 13, 14]. При использовании ХС курсами в течение 2 лет [13, 14] и его комбинации с ГГ [17] отмечалась положительная динамика не только клинических параметров (выраженность болевого синдрома, функционального состояния суставов), но и замедлялось прогрессирование сужения суставной щели. По данным Л.И. Алексеевой и соавт. (2001, 2005), на фоне терапии структумом снижалась потребность в НПВП через 3 мес в 2,8 раза, через 6 мес отказались от приема НПВП 55% больных ОА [1, 6].

В работе Л.Б. Лазебника и соавт. (2005) показано наличие связи эффективности терапии с использованием структума с клинико-рентгенологическими проявлениями ОА [4]. Так, значительное улучшение показателей индекса Лекена у больных с коксартрозом II стадии и отсутствие эффекта у больных ОА IV стадии. В нашем исследовании также отмечена прямая связь эффективности терапии структумом и артрой со стадией патологического процесса. Наиболее выраженная, статистически значимая положительная динамика клинических показателей и параметров УЗИ суставов, снижение дозы НПВП наблюдались при ГА I–II стадии по сравнению с ГА III стадии и КА I стадии по сравнению с КА II–III стадии.

Таблица 2

Динамика УЗ-признаков у больных ГА и КА до и после лечения

Сроки наблюдения	Группа	Подгруппа	УЗ-признаки			
			синовит	тендинит	синовит и тендинит	норма
			n (%)			
Исходные показатели	I группа (структум) n = 60	ГА (n = 40)	5 (12,5)	5 (12,5)	30 (75)	–
		КА (n = 20)	6 (30)	6 (30)	8 (40)	–
	II группа (артра) n = 60	ГА (n = 40)	4 (10)	4 (10)	32 (80)*	–
		КА (n = 20)	5 (25)*	7 (35)*	8 (40)	–
Через 9 мес	I группа (структум) n = 60	ГА (n = 40)	4 (10)	16 (40)	3 (7,5)	17 (42,5)
		КА (n = 20)	2 (10)	8 (40)	4 (20)	6 (30)
	II группа (артра) n = 60	ГА (n = 40)	5 (12,5)	15 (37,5)	4 (10)	16 (40)
		КА (n = 20)	2 (10)	10 (50)*	2 (10)	6 (30)

Примечание. $p < 0,05$ – статистически значимые различия между больными ГА и КА I группы; * $p < 0,05$ – между больными ГА и КА II группы (критерий Манна – Уитни).

ВЫВОДЫ

1. Курсовое лечение с применением хондроитин сульфата или его комбинации с глюкозамина гидрохлоридом в условиях поликлиники выявило сопоставимую эффективность обоих методов лечения по клиническим показателям, параметрам КЖ и УЗИ суставов у больных остеоартрозом коленных и тазобедренных суставов, причем, более выраженный эффект отмечен при гонартрозе, чем при коксартрозе.

2. Наиболее выраженный клинический эффект отмечался у больных гонартрозом преимущественно I–II стадии, менее выраженный при гонартрозе III стадии, а при коксартрозе преимущественно в I стадии процесса, по сравнению с коксартрозом II и III. На фоне приема хондроитин сульфата в комбинации с глюкозамина гидрохлоридом при гонартрозе сохранялся более длительный эффект последствия обоих курсов терапии, в отличие от терапии с применением хондроитин сульфата.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Алексеева Л.И., Чичасова Н.В., Мендель О.И. Рациональный выбор базисной терапии при остеоартрозе. Результаты открытого рандомизированного многоцентрового исследования препарата АРТРА® в России. РМЖ. 2005; 13 (24): 1637-1641.
2. Каратеев А.Е. Гастроуденальная безопасность селективных ингибиторов циклооксигеназы-2: проверка практикой. Тер арх. 2005; 5: 69-72.
3. Каратеев А.Е., Алексеева Л.И., Братыгина Е.А. Оценка частоты развития побочных эффектов при длительном применении нимесулида в реальной клинической практике. РМЖ. 2009; 17 (21): 1466-1472.
4. Лазебник Л.Б., Дроздов В.Н. Эффективность хондроитин сульфата при лечении гонартроза и коксартроза у больных пожилого возраста. Тер. арх. 2005; 5: 64-69.
5. Насонов Е.Л. Эффективность и переносимость нестероидного противовоспалительного препарата. Нимесулид: новые данные. РМЖ. 2001; 15: 6-8.
6. Насонова В.А., Алексеева Л.И., Архангельская Г.С. и др. Итоги многоцентрового клинического исследования препарата структум в России. Тер. арх. 2001; 11: 84-87.
7. Насонова В.А. Остеоартроз проблема полиморбидности. Cons Med 2009; 11 (2): 234-245. Lawrence R.C., Helmick C.G., Arnett F.C. et al. Prevalence estimates of the arthritis and selected musculoskeletal diseases in the United States. Arthr And Rheum. 1998; 41: 587-596.
8. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни. Санкт-Петербург: Нева 2002. — 513 с. Насонова В.А. Международная декада, посвященная костно-суставным нарушениям. Тер. арх. 2001; 5: 5-7.
9. Светлова М.С. Эффективность препарата «Арта» в лечении остеоартроза. Научно-практическая ревматология. 2006; 2: 109.
10. Эрдес Ш.Ф., Фоломеева О.М. Ревматические заболевания и инвалидность взрослого населения Российской Федерации. Научно-практическая ревматология. 2007; 4: 4-9.
11. Badley E.M., Ibanez D. Socioeconomic risk factors and musculoskeletal disability. J. Rheumatol. 1994; 21: 515-522.
12. Clegg D.O., Reda D.J., Harris C.L. et al. Glucosamine, chondroitin sulfate, and the two in combination for painful knee osteoarthritis. New. Engl. J. Med. 2006; 354 (8): 795-808.
13. Kahan A., Uebelhart D. et al. Long-term effects of chondroitins 4 and 6 sulfate on knee osteoarthritis: the study on osteoarthritis progression prevention, a two-year, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Arthritis Rheum. 2009; 60: 524-533.
14. Hochberg M.C. Structure-modifying effects of chondroitin sulfate in knee osteoarthritis: an updated meta-analysis of randomized placebo-controlled trials of 2-year duration. Osteoarthritis Cartilage. 2010; 18 (1): 28-31.
15. Persiani S., Cancianji L., Ricci W.L. et al. Glucosamine does not inhibit or induce human cytochromes P450. Drug. Metab. Rev. 2006; 38 (2): 255.
16. Rozendaal R.M., Uitterlinden E.J. et al. Glucosamine sulphate effects on joint space narrowing, pain and function in patients with hip osteoarthritis; subgroup analyses of a randomized controlled trial. Osteoarthritis Cartilage. 2009; 17: 427-432.
17. Sawitzke A.D., Shi H., Finco M.F. et al. The effect of glucosamine and/or chondroitin sulfate on the progression of knee osteoarthritis: a report from the glucosamine/chondroitin arthritis intervention trial. Arthritis. Rheum. 2008; 58: 3183-3191.
18. Zhang W., Nuki G., Moskowitz R.W. et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis: part III: Changes in evidence following systematic cumulative update of research published through January 2009. Osteoarthritis Cartilage. 2010; 18: 476-499.

Поступила 05.04.2016

Принята к опубликованию 13.05.2016

Received 05.04.2016

Accepted 13.05.2016

Сведения об авторах

Майко Ольга Юрьевна (контактное лицо) — д.м.н., профессор кафедры поликлинической терапии ОрГМУ, 460511 Оренбургская область, Оренбургский район, пос. Подгородняя Покровка, пер. Гиацинтовый, дом 17. Тел.: тел. 89878953111. E-mail: omajko@yandex.ru.

Савелова Елена Евгеньевна — к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней Ор ГМУ.

About the authors

Majko O.Yu. — professor of department of polyclinic therapy of OrGMU. Tel.: 8-987-895-31-11. E-mail: omajko@yandex.ru.

Savelova E.E. — candidates of Medical Science, assistant to department of propaedeutics of internal diseases.