Заключение

Фозиноприл эффективно снижает офисное, среднесуточное, среднедневное и средненочное САД и ДАД, среднее и пульсовое давление за сутки, день и ночь, а также благоприятно воздействует на суточный профиль АД у больных АГ, сочетающейся с ожирением и гиперхолестеринемией. Фозиноприл в виде монотерапии или в сочетании с ГХТЗ благоприятно влияет на процессы ремоделирования ЛЖ, уменьшает массу миокарда ЛЖ, снижает общее периферическое сосудистое сопротивление. Отмечено благоприятное влияние фозиноприла на состояние липидного обмена у пациентов с АГ, сочетающейся с ожирением и гиперхолестеринемией. Все это, с учетом хорошей переносимости фозиноприла, простоты применения, делает его препаратом выбора у больных АГ, сочетающейся с ожирением и гиперхолестеринемией.

Влияние базисной терапии на качество жизни больных гонартрозом

Е.А.Леушина, О.В.Симонова
ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России

Остеоартроз (ОА) – наиболее распространенное заболевание суставов, являющееся одной из основных причин временной нетрудоспособности, ранней инвалидизации больных с патологией опорно-двигательного аппарата, ведущее к ухудшению качества жизни (КЖ) и требующее значительных финансовых затрат. При ОА имеется множество клинических проявлений, которые мало или совсем не влияют на оценку по функциональным индексам (отрицательные эмоции, депрессия, вопросы бытового и социального функционирования), но имеют существенное значение в оценке состояния больных и эффективности лечения. В последние годы изучение КЖ все чаще становится предметом клинических исследований, так как с помощью разработанных опросников позволяет адекватно оценить состояние здоровья пациентов и эффективность лечения. Оценка КЖ также обеспечивает более глубокое наблюдение за больным в динамике лечения, оценить необходимость коррекции терапевтической программы, определить прогноз заболевания.

Цель исследования: провести сравнительный анализ влияния диацереина, глюкозамин сульфата и хондроитин сульфата на показатели КЖ у больных гонартрозом в открытом контролируемом рандомизированном 6-месячном исследовании.

Материалы и методы

В исследование продолжительностью 6 мес были включены 120 пациентов с ОА коленных суставов. Исследование проводилось в соответствии с основными принципами GCP (Good Clinical Practice – Надлежащая клиническая практика) и Хельсинской декларацией. Средний возраст составил 57,8±17,8 года. Преобладали женщины – 95%. Все больные имели II (50%) и III (50%) рентгенологические стадии гонартроза. Пациенты были рандомизированы на 3 группы: 1-я группа (40 пациентов) принимала диацереин 100 мг/сут в течение 4 мес, 2-я (40) – глюкозамин сульфат 1500 мг/сут в течение 3 мес, 3-я (40) – хондроитин сульфат 1000 мг/сут в течение 6 мес. Все больные принимали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) в тех же дозах, что и до лечения. Группы были сопоставимы по основным клиническим и демографическим показателям (p>0,05). Длительность суставного синдрома менее 5 лет наблюдалась у 35% пациентов 1-й группы, 37,5% – 2-й группы и 32,5% – 3-й группы. Стаж болезни от 6 до10 лет имели 40, 37,5 и 14,5% соответственно (табл. 1). Длительность заболевания более 10 лет наблюдалась у 25, 25 и 22,5% пациентов соответственно. Двусторонний гонартроз наблюдался у 20 (50%) пациентов 1-й группы, 9 (22,5%) – 2-й группы, 19 (47,5%) – 3-й группы. Синовит выявлен у 31 (77,5%) больного 1-й группы, 30 (75%) – 2-й группы и 14 (35%) – 3-й группы. Критериями включения являлись подписанное информированное согласие, подтвержденный диагноз гонартроза, интенсивность боли в анализируемом суставе более 40 мм по визуальной аналоговой шкале, необходимость приема НПВП, отсутствие клинически значимых нарушений функции печени и почек. Критериями исключения являлись пациенты с декомпенсацией сопутствующих заболеваний, сахарным диабетом типа 1, обострением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. В исследование не включали пациентов, получавших предшествующую терапию глюкозамином или хондроитин сульфатом и глюкокортикостероидами внутрисуставно в течение предыдущих 6 мес. КЖ изучали по шкале SF-36 до лечения и через 6 мес терапии.

Для оценки влияния заболевания на КЖ больных проводили сравнительную оценку показателей КЖ больных ОА и показателей популяционных норм, которые были

РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ

АРТРОДАРИН
Стандартный прием по 1 капсуле 2 раза в день (утром и вечером, после еды).
Капсулы следует проглатывать целиком, не разжевывая, и запивать водой. Эффект от лечения следует ожидать через 2–4 нед.
Артродарин принимается непрерывно длительно или курсами продолжительностью не менее 4 мес.

Представлена краткая информация производителя по дозированию лекарственного средства.
Перед назначением препарата внимательно читайте инструкцию.

Таблица 1. Клиническая характеристика больных ОА до лечения

Характеристика	Диацереин (n=40)	Глюкозамин сульфат (n=40)	Хондроитин сульфат (n=40)
Женщины, n (%)	38 (95%)	36 (90%)	40 (100%)
Мужчины, n (%)	2 (5%)	4 (10%)	0
Возраст, лет	57,15±5,42	60,8±6,8	60,1±5,2
Индекс массы тела, кг/м^2	37,1±5,4	35,8±5,4	34,7±4,3
Длительность заболевания, годы (%) *<5 лет* *6–10 лет* *>10 пет*	 14 (35%) 16 (40%) 10 (25%)	 15 (37%) 15 (37,5%) 10 (25%)	 13 (32,5%) 18 (45%) 9 (22,5%)
Рентгенологическая стадия гонартроза по Келгрену–Лоуренсу, n (%) *II стадия* *III стадия*	 20 (50%) 20 (50%)	 20 (50%) 20 (50%)	 20 (50%) 20 (50%)
Синовит, n (%)	31 (77,5%)	30 (75%)	14 (35%)
Двусторонний гонартроз	20 (50%)	9 (22,5%)	19 (47%)

Примечание. Статистическая значимость различий во всех случаях – $p>0,05$.

Таблица 2. Динамика показателей КЖ у больных гонартрозом на фоне базисной терапии

Шкалы	До лечения	6 мес
Физическое функционирование		
Диацереин	33,50±19,00	44,23±21,00*
Глюкозамин сульфат	41,71±24,50	52,22±27,00
Хондроитин сульфат	37,83±22,69	40,69±24,23
Ролевое физическое функционирование		
Диацереин	18,12±24,00	32,04±23,60*
Глюкозамин сульфат	31,48±23,16	43,00±25,70*
Хондроитин сульфат	27,70±25,19	38,68±28,28
Боль		
Диацереин	31,62±17,90	42,34±l6,90**
Глюкозамин сульфат	34,68±14,65	46,80±22,49**
Хондроитин сульфат	33,11±14,85	36,68±14,25
Общее здоровье		
Диацереин	43,47±18,90	47,00±17,90
Глюкозамин сульфат	45,63±13,82	52,36±20,50
Хондроитин сульфат	40,30±19,50	42,70±18,00
Жизнеспособность		
Диацереин	41,50±21,06	47,39±18,30
Глюкозамин сульфат	43,81±16,90	50,83±21,38
Хондроитин сульфат	47,63±23,70	49,33±23,38
Социальное функционирование		
Диацереин	50,96±25,80	58,01±23,70
Глюкозамин сульфат	54,77±23,70	67,15±26,80*
Хондроитин сульфат	60,27±21,36	62,29±20,42
Ролевое эмоциональное функционирование		
Диацереин	28,75±34,68	13,30±26,70*
Глюкозамин сульфат	36,20±23,00	47,87±24,70*
Хондроитин сульфат	31,67±31,09	51,90±33,69**
Психологическое здоровье		
Диацереин	45,05±21,10	50,61±18,70
Глюкозамин сульфат	54,91±17,20	59,71±23,30
Хондроитин сульфат	49,94±20,05	54,21±20,42

*$p<0,05$, **$p<0,01$ – статистическая значимость различий по отношению к показателям до лечения в группе.

получены Межнациональным центром исследования КЖ в Санкт-Петербурге, с вычислением 8 основных показателей: ФФ – физическое функционирование, РФФ – ролевое физическое функционирование, РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование, Ж – жизнеспособность, ПЗ – психическое здоровье, СФ – социальное функционирование, Б – боль, ОЗ – общее здоровье. Статистическая обработка материала проводилась с использованием специализированного статистического пакета SPSS 17,0. В группах вычисляли среднее арифметическое (M), среднеквадратическое отклонение (s), среднюю ошибку среднего арифметического (m), доверительный интервал. При сравнении показателей в группах пользовались t-критерием Стьюдента. Вычисляли коэффициент корреляции Пирсона между параметрами КЖ и рентгенологической стадией и стажем болезни. Изучение динамики исследуемых показателей в процессе лечения проводили с помощью парного критерия Стьюдента. Во всех случаях нулевую гипотезу отвергали при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение

Все показатели КЖ были достоверно значимо хуже у больных гонартрозом в сравнении со здоровыми лицами ($p<0,05$). В наибольшей степени изменялись показатели физического здоровья: ФФ, РФФ, Б. Все параметры были значительно ниже у больных с III стадией гонартроза. Показатель Б был снижен на 51,4% в группах со II стадией и на 53,3% – с III стадией гонартроза. Показатель ФФ был ниже на 54,1 и 61,6% соответственно. Самое значительное снижение наблюдалось у показателя РФФ: на 69,1% у больных со II стадией и на 74,9% – с III стадией. Среди показателей КЖ, характеризующих психологическое здоровье (Ж, СФ, РЭФ, ПЗ), в большей степени было снижено РЭФ – на 52,6% у пациентов со II стадией и на 61,2% – с III стадией. На более высоком уровне сохранялось СФ, тем не менее его уровень был на 29% хуже, чем в популяции. Была выявлена отрицательная корреляция между ФФ и рентгенологической стадией (r=-0,31; $p<0,01$), стажем заболевания (r=-0,193; $p<0,05$); между РФФ и рентгенологической стадией (r=-0,17; $p<0,05$), а также между Б и рентгенологической стадией (r=-0,202; $p<0,05$). Отрицательная корреляция наблюдалась между Ж и стажем болезни (r=-0,205; $p<0,05$); между ПЗ и стажем заболевания (r=-0,196; $p<0,05$). Терапия базисными препаратами улучшала некоторые параметры КЖ больных (табл. 2). Статистически значимая ($p<0,05$) положительная динамика у больных отмечена во всех группах по шкале РЭФ. В 1 и 2-й группах наблюдалось также улучшение РФФ ($p<0,05$) и Б ($p<0,05$). В 1-й группе отмечено статистически значимое улучшение ФФ ($p<0,05$). СФ ($p<0,05$) улучшалось лишь во 2-й группе. Достоверного изменения показателей ОЗ, ПЗ и Ж на фоне лечения не наблюдалось, но отмечалась положительная динамика к их повышению.

Полученные нами результаты согласуются с данными других исследований, в которых было выявлено снижение показателей КЖ у больных ОА по всем шкалам SF-36 в сравнении с популяционными и достоверное их ухудшение по мере нарастания стадии ОА. Исследования, посвященные оценке влияния терапии на КЖ больных ОА, единичные и в основном касаются хондроитин сульфата и комбинированного препарата Терафлекс. Сравнительный анализ влияния базисной терапии в нашем исследовании выявил преимущество диацереина и глюкозамин сульфата по сравнению с хондроитин сульфатом по влиянию на показатели физического здоровья (ФФ, РФФ, Б) у больных гонартрозом II–III стадии.

Заключение

Применение диацереина, глюкозамин сульфата и хондроитин сульфата у больных гонартрозом приводит к улучшению некоторых показателей КЖ больных: ФФ, РФФ, Б и РЭФ. При этом диацереин и глюкозамин сульфат по сравнению с хондроитин сульфатом чаще приводили к улучшению показателей, характеризующих физическое здоровье.