

А.Э. Пихлак^{1*}, И.И. Чурсинова¹, В.А. Логачев¹, Н.А. Мутьева¹, О.Н. Казбекова², А.М. Носовский³

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ ПРЕПАРАТА «НАЙЗ» В КОМПЛЕКСНОМ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ГОНАРТРОЗА

¹ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России, 127473, Москва, Россия; ²АНО «Артрологическая больница НПО СКАЛ», 109044, Москва, Россия; ³Государственный научный центр Российской Федерации — Институт медико-биологических проблем Российской академии наук, 123007, Москва, Россия

*Пихлак Андрей Эдуардович, E-mail: joints_spine@yahoo.com

♦ Анализ результатов комплексного консервативного лечения, проведенного у 182 пациентов с гонартрозом, показал эффективность и хорошую переносимость препарата «Найз». Характер комплементарного лечебного воздействия зависел от особенностей клинической картины остеоартроза. Случаев проявлений гепатотоксичности в проведенной работе выявлено не было.

Ключевые слова: гонартроз, «Найз» (нимесулид), физиотерапия, кортикостероиды, эффективность и переносимость лечения, нежелательные явления, гепатотоксичность

A.E. Pikhlak¹, I.I. Chursinova¹, V.A. Logachev¹, N.A. Muteva¹, O.N. Kazbekova², A.M. Nosovskiy³

EFFICACY AND TOLERABILITY OF THE “NISE” IN THE COMPLEX CONSERVATIVE TREATMENT OF GONARTHROSIS

¹Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov, 127473 Moscow, Russia; ²Arthrology Hospital of Scientific and Practical Association SKAL, 109044 Moscow, Russia; ³The State Research Center-Institute of Medical Biological Problems of the Russia Academy of Medical Sciences, 123007 Moscow, Russia

♦ Analysis of the results of the complex conservative treatment, carried out in 182 patients with knee osteoarthritis, shown effectiveness and a good tolerability of the “Nise”. Complemented treatment of the patients was depended on specificity of the clinical picture of osteoarthritis. There were no cases of hepatotoxicity.

Key words: gonarthrosis, “Nise” (nimesulide), physiotherapy, corticosteroids, the efficacy and tolerability of the treatment, adverse events, hepatotoxicity

Остеоартроз — наиболее распространенная патология опорно-двигательной системы. Частоту заболеваемости остеоартрозом оценивают в 20% среди населения земного шара [1]. Сегодня остеоартроз уже не является заболеванием только пожилых людей. Среди лиц, которым поставлен соответствующий диагноз, около 30% — трудоспособного возраста. Это придает проблеме лечения остеоартроза не только медицинское, но и важное социальное-экономическое значение.

Предложено большое количество различных методов лечения остеоартроза — от функционального лечения до эндопротезирования. Однако наиболее распространенным направлением остается медикаментозная терапия, проводимая практически каждому пациенту. В составе этой терапии «золотым стандартом» является использование нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), действие которых основано на ингибировании циклооксигеназы (ЦОГ). Достижимый при этом противовоспалительный и анальгетический эффекты обуславливают широкое применение НПВП как врачами при назначении лечения, так и самими пациентами. Однако все НПВП имеют ряд побочных нежелательных эффектов, особенно при длительном применении. Прежде всего эти эффекты связаны с воздействием на желудочно-кишечный тракт (ульцерогенный эффект) [2, 3].

Препарат «Найз» (нимесулид), имеющий лучшие показатели по комплексной оценке «эффективность-безопасность-стоимость», прочно удерживает лидерство по объему продаж среди НПВП в России [4, 5].

В последние годы появились данные о гепатотоксичном действии препарата, в связи с чем безопасность его применения была поставлена под сомнение [6—8]. Было отмечено, что риск возникновения и тяжести проявлений возрастает у пациентов, получавших нимесулид при наличии хронических заболеваний печени, при приеме препарата на фоне возникшей печеночной дисфункции, при длительном и неконтролируемом приеме препарата, у лиц

пожилого возраста, при наличии сопутствующих заболеваний и полипрагмазии.

Необходимо отметить, что исследования по оценке эффективности и переносимости препарата основаны преимущественно на действии монотерапии без учета симультанных методов лечения. В реальной жизни пациент, принимающий НПВП по поводу тяжелого течения остеоартроза, в большинстве случаев для достижения эффекта получает комплексное лечение (внутриартикулярное введение глюкокортикостероидов, препаратов гиалуроновой кислоты, физиотерапию, ортезотерапию, лечебную физкультуру (ЛФК), массаж и др.), воздействующее на различные этиопатогенетические пути развития заболевания [9, 10]. Обязательность комплексного подхода в лечении остеоартроза признается экспертами Европейской антиревматической лиги (EULAR) [11].

Между тем каждый дополнительный метод лечения остеоартроза обладает своими побочными действиями. На рис. 1 представлены данные экспертов EULAR по оценке степени токсичности основных применяемых методов лечения остеоартроза [12].

Как видно из рисунка, прием НПВП в этом отношении лидирует и сравним по степени отрицательного воздействия на организм с тотальным эндопротезированием и с трансплантацией хряща. Достаточно высокую вероятность возникновения отрицательного действия эксперты связывают и с внутрисуставным введением глюкокортикостероидов, гиалуроновой кислоты, лаважем суставов, лазерным лечением и даже ортезным укреплением коленных суставов.

Поэтому, оценивая суммарный эффект комплексного воздействия при лечении остеоартроза, необходимо учитывать, что он складывается из синергии позитивного и негативного действия.

Целью данного исследования явилось изучение эффективности и безопасности применения препарата «Найз» в комплексном лечении пациентов с остеоартро-

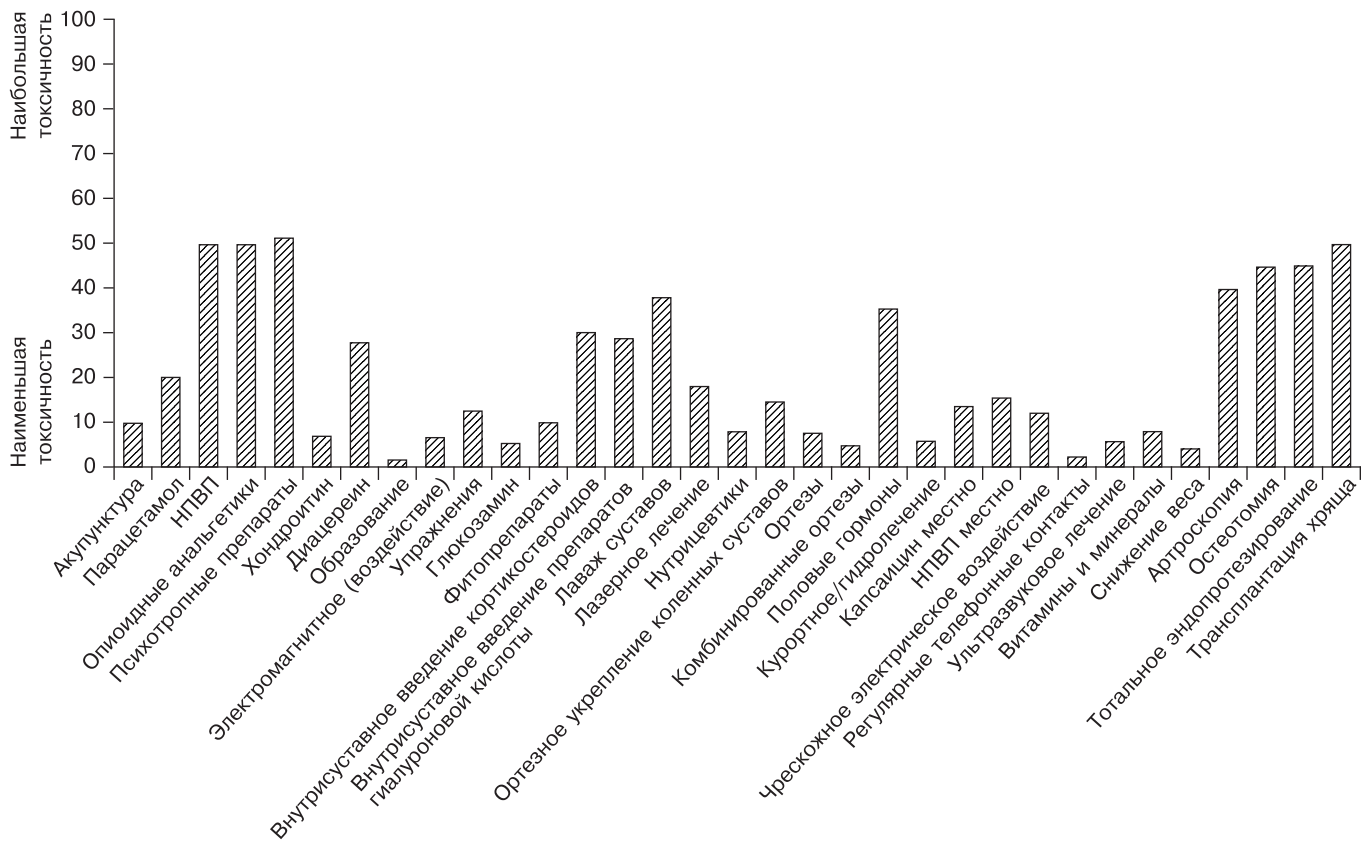


Рис. 1. Оценка профиля токсичности основных применяемых методов лечения остеоартроза.

зом коленного сустава в условиях реальной медицинской практики.

Критериями включения в исследование были:

- пациенты (мужчины и женщины от 40 до 80 лет) с верифицированным диагнозом остеоартроза коленного сустава по критериям Американской коллегии ревматологов (1991);
- рентгенологические изменения, соответствующие I—III стадии по классификации Kellgren—Lawrence;
- болевой синдром не менее 40 баллов по 100-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

Критериями исключения были: наличие обострения язвенной болезни желудка и/или двенадцатиперстной кишки, данные о состоявшихся желудочно-кишечных кровотечениях, злокачественные новообразования, неконтролируемая гипертония, сердечно-сосудистая недостаточность, сахарный диабет I типа, патология кроветворных органов, гиперчувствительность к препаратам НПВП, беременность и лактация, алкогольная и наркотическая зависимость, а также нарушения функции печени (АЛТ, АСТ в 2 и более раза выше верхней границы нормы, билирубин более чем в 1,5 раза выше верхней границы нормы) и почек (креатинин более чем в 1,5 раза выше верхней границы нормы).

Дизайн исследования предусматривал 4 визита, в ходе которых проводилось обследование и оценка эффективности и переносимости назначенного комплексного лечения. Основная диагностическая нагрузка приходилась на визит 1, в ходе которого определяли критерии включения и исключения, проводилось физикальное, инструментальное, лабораторное обследование, назначалась необходимая терапия. Лабораторные показатели оценивались на 1 и 4 визитах.

Каждому пациенту присваивался индивидуальный номер. Заполнялась индивидуальная регистрационная карта. Полученные результаты регистрировались в электронной базе данных.

Интенсивность болевого синдрома в покое и при движении оценивалась пациентом по 100 мм визуальной

аналоговой шкале (ВАШ) и по шкале вербальной оценки (ШВО): 0 — нет боли, 1 — слабая боль, 2 — умеренная боль, 3 — сильная боль.

Для оценки эффективности лечения, наряду со шкалами ВАШ и ШВО, использовались индексы Лекена и WOMAC.

Эффект проводимого лечения считался хорошим при полном купировании болевого синдрома в течение установленного в исследовании срока (при этом допускалось сохранение интенсивности болевой симптоматики в пределах менее 10 мм по ВАШ). При сохранении болевой симптоматики в пределах от 10 до 30 мм по ВАШ к окончанию установленного в исследовании срока лечения эффект оценивался как удовлетворительный. Отсутствие эффекта констатировалось если: а) интенсивность боли при динамическом ее снижении оставалась к окончанию установленного в исследовании срока лечения более 30 мм по ВАШ; б) отмечалось повышение интенсивности болевой симптоматики на фоне приема «Найза».

Переносимость считалась хорошей при отсутствии жалоб и отрицательной лабораторной динамики на фоне приема препарата, удовлетворительной при наличии незначительных жалоб и повышения цифр билирубина, АСТ и АЛТ не более чем в 2 раза, не требующих отмены препарата и неудовлетворительной при наличии жалоб и/или повышения лабораторных цифр билирубина, АСТ и АЛТ более чем в 2 раза, что являлось основанием для отмены препарата.

При выявлении побочного эффекта он фиксировался с указанием его характера, срока возникновения, выраженности, длительности и возможной связи с изучаемым препаратом.

Критериями досрочного прекращения участия больного в исследовании являлись:

- недостаточный обезболивающий эффект препарата «Найз» (отсутствие снижения интенсивности болевого синдрома при длительности приема в течение 7 ± 2 дней);

Таблица 1.

Примененные курсы лечения

Методы лечения	Группы пациентов					Всего
	1-я группа	2-я группа	3-я группа	4-я группа	5-я группа	
«Найз»	14	61	42	41	3	161 (100,0%)
Метаболические препараты, хондропротекторы	14	61	42	41	3	161 (100%)
Лечебная физкультура	14	61	42	41	3	161 (100,0%)
Физиотерапевтическое лечение		61	42	41	3	147 (91,3%)
Массаж			42			42 (26,1%)
Глюкокортикоиды				41		41 (25,5%)
Гиалуроновая кислота					3	3 (1,9%)

- ♦ развитие тяжелых побочных эффектов или серьезных нежелательных явлений при проведении терапии;
- ♦ нежелание или невозможность пациента продолжать лечение;
- ♦ другие, в том числе административные причины.

Всего в исследование было включено 182 пациента с остеоартрозом коленного сустава, наблюдавшихся за период с 2011 по 2013 гг. в Артрологической больнице НПО «СКАЛ» г. Москвы — 167 женщин (91,8%) и 15 мужчин (8,2%) в возрасте от 41 до 80 лет. Средний возраст женщин на момент проводимого исследования составил 65 ± 1 лет, мужчин — 63 ± 2 года.

Из сопутствующих заболеваний преобладали артериальная гипертензия у 132 пациентов (72,5%), хронический гастрит у 65 пациентов (35,7%). Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки в анамнезе была у 15 пациентов (8,2%), хронический холецистит — у 31 (17%) и ожирение — у 81 (44,5%).

Длительность заболевания распределилась следующим образом: до 3 лет — 19 человек (10,4%), от 3 до 10 лет — 72 человека (39,6%) и свыше 10 лет — 91 человек (50%).

Обследование и лечение проводили в соответствии с требованиями Московских медико-экономических стандартов (МЭС).

Кроме обязательных требований МЭС всем пациентам проводили: термографию коленных суставов, УЗИ брюшной полости и коленных суставов.

В базовый комплекс лечения для всех пациентов входило:

- ♦ образовательная программа для пациентов;
 - ♦ пероральный прием нимесулида («Найз») в дозировке 100 мг 2 раза в сутки;
 - ♦ витамины группы В и/или никотиновая кислота и/или хондропротекторы;
 - ♦ лечебная физкультура (упражнения, направленные на укрепление мышц и капсульно-связочного аппарата, увеличение объема движений в пораженных суставах).
- Кроме этого применяли:
- ♦ физиотерапевтическое лечение (фонофорез с гидрокортизоном, электрофорез с анальгином, магнитотерапия, синусоидальные модулированные токи, лазеротерапия, пневмопульсация, криотерапия, электронейростимуляция), которое применялось комбинированно или последовательно;
 - ♦ массаж бедер и поясницы;
 - ♦ внутрисуставное однократное введение глюкокортикостероидов (с предшествующей пункцией у пациентов с выраженными явлениями синовита);
 - ♦ внутрисуставное введение гиалуроновой кислоты;

♦ при наличии в анамнезе хронического гастрита и/или язвенной болезни желудка и/или двенадцатиперстной кишки с целью профилактики назначалась противоязвенная терапия.

Средняя длительность проводимого курса лечения составила 21 ± 2 день.

Лечебная тактика определялась выраженностью болевого синдрома, степенью дисфункции пораженного сустава, наличием синовита, характером сопутствующих заболеваний.

На начальном этапе лечения пациентов средний балл выраженности боли по ВАШ при движении составил $71,8 \pm 1,2$, а в покое — $35,0 \pm 1,7$, что свидетельствовало о тяжелом течении заболевания.

Было сформировано 5 групп наблюдения (161 человек, прошедший полный курс лечения) в зависимости от особенностей клинической картины и сочетания лечебных воздействий в проведенной комплексной терапии. Примененные курсы лечения представлены в табл. 1.

В 1-ю группу входили пациенты, ранее не принимавшие НПВП, имеющие противопоказания и/или отказавшиеся от проведения физиотерапевтических процедур.

Пациенты 2—5-й групп до начала лечения в клинике получали различные НПВП (за исключением нимесулида), как правило, длительно и в полных дозах.

2-ю группу, самую многочисленную, составили пациенты с сильным болевым синдромом и невыраженными явлениями воспаления.

Больные в 3-й группе имели выраженный болевой синдром, без явлений синовита, гипотрофию мышц бедер, ограничение объема движений в коленных суставах.

Больные, составившие 4-ю группу, предъявляли жалобы на сильные боли, имели выраженные явления синовита и ограничение объема движений в коленных суставах.

Пациенты в 5-й группе имели менее выраженный болевой синдром, без явлений синовита (признаков воспаления суставов).

Оценка эффективности проводимого лечения в группах наблюдения представлена в таблице 2.

В процессе лечения во всех группах была отмечена положительная динамика, выразившаяся в снижении болевого синдрома и улучшении показателей оценочных шкал (рис. 2).

Высокая эффективность лечения пациентов 1-й группы (14 человек (8,7%)) связана с тем, что 8 из них не принимали ранее НПВП для лечения остеоартроза при наличии выраженного болевого синдрома.

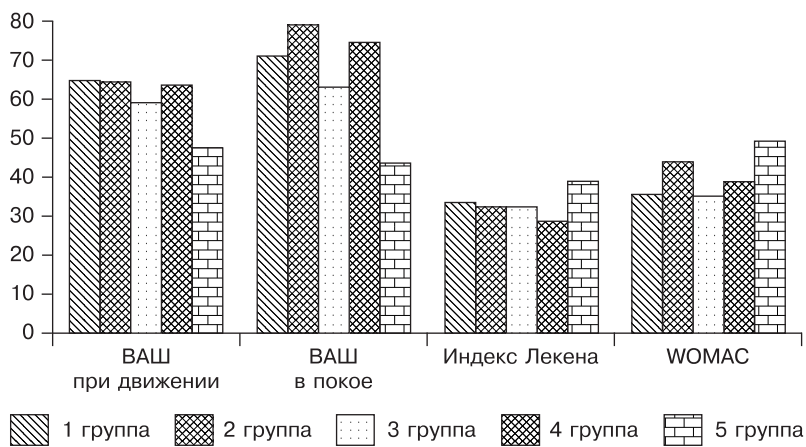


Рис. 2. Улучшение средних показателей оценочных шкал к концу наблюдения (в % к начальному уровню).

Оценка эффективности проводимого лечения в группах наблюдения

Показатели	Группы пациентов (n=161; 100%)														
	1-я группа (n=14; 8,7%)			2-я группа (n=61; 37,8%)			3-я группа (n=42; 26,1%)			4-я группа (n=41; 25,5%)			5-я группа (n=3; 1,9%)		
	до лечения	после лечения	улучшение (%)	до лечения	после лечения	улучшение (%)	до лечения	после лечения	улучшение (%)	до лечения	после лечения	улучшение (%)	до лечения	после лечения	улучшение (%)
ВАШ при движении	68,3±3,8	23,8±4,6*	65,2	70,8±2,0	24,9±2,2*	64,9	75,5±2,7	30,7±3,0*	59,4	74,9±2,5	26,9±2,9*	64,1	73,0±0,6	38,9±0,6	47,9
ВАШ в покое	29,4±5,8	8,4±3,2*	71,5	36,1±3,1	7,5±1,3*	79,3	34,9±3,7	12,7±2,4*	63,5	33,9±3,9	8,5±2,0*	75,0	53,7±0,9	30,0±0,5	44,1
Индекс Лекена	16,6±1,3	11,0±1,2*	33,9	15,3±0,5	10,3±0,5*	32,8	20,5±4,2	13,8±1,6*	32,8	15,7±0,6	11,2±0,6*	29,1	17,0±1,2	10,3±1,2	39,4
WOMAC	120,9±11,3	77,2±12,4*	36,1	132,3±6,3	73,6±5,2*	44,4	132,1±7,4	85,2±6,8*	35,5	145,6±6,0	88,0±6,0*	39,3	163,3±24,0	82,3±9,9	49,6

*p≤0,05.

У основной массы пациентов, включенных в исследование и входящих во 2, 3 и 4-ю группы (144 человека (89,4%)), были получены близкие по эффективности результаты, несмотря на существенные различия в клинической картине на начальном этапе лечения, что свидетельствует об адекватности выбранных комплексов лечения.

Сравнительная оценка результатов лечения пациентов 5-й группы не продемонстрировала статистическую достоверность, что связано, прежде всего, с малочисленностью группы (3 человека). Назначение препаратов гиалуроновой кислоты рекомендуется на более поздних этапах лечения, когда полностью купированы явления синовита.

В таблице 3 представлены показатели ШВО, заполненные пациентами, для определения эффективности проводимого лечения.

На 1 визите сильная боль при движении была у подавляющего числа пациентов — 101 (62,7%), умеренная — у 56 (34,8%). После завершения комплексного лечения на 4 визите сильная боль оставалась только у 2 пациентов (1,2%), а у 102 (63,3%) пациентов она была слабой или отсутствовала. Боль в покое на 4 визите отсутствовала или была слабой у 147 (91,3%) пациентов.

Достигнутая эффективность лечения гонартроза была оценена как «хорошая» у 130 пациентов (79,8%); как «удовлетворительная» — у 29 пациентов (17,8%); оценена как «неудовлетворительная» у 4 пациентов (2,4%), причем у 2 из них недостаточный обезболивающий эффект был выявлен на начальном этапе лечения, а у 2 — на завершающем.

3 пациента были выведены из исследования по следующим обстоятельствам: травма на улице с ушибом мягких тканей плеча, срочная командировка, отъезд по семейным обстоятельствам.

Переносимость проведенного комплексного лечения определяли на основании клинико-лабораторных показателей. Общая оценка переносимости определена как «хорошая» у 151 пациента (85,3%) и как «удовлетворительная» — у 10 пациентов (5,7%). «Неудовлетворительная» переносимость была у 16 пациентов (9%), которые были выведены из исследования.

У 6 (3,4%) пациенток (3 из 1-й группы, 2 из 2-й, 1 из 3-й) в процессе лечения возникли боли в эпигастральной области, вследствие чего прием «Найза» был прекращен, назначено или продолжено лечение омега-3. На 2—3-и сутки после этого боли в эпигастральной области купировались, однако вновь «Найз» уже не назначали.

У 5 (2,7%) пациенток (1 из 1-й группы, 2 из 2-й группы, 1 из 3-й группы, 1 из 4-й группы) имели место отеки: у 2 (1,1%) развились отеки лица, верхних и нижних конечностей, у 1 (0,5%) — отеки верхних, нижних конечностей и повышение артериального давления (АД), еще у 2 пациенток (1,1%) — отеки голеней и стоп. На 2—4-й день

после отмены препарата отеки прошли.

Эпизоды повышения АД были отмечены у 2 пациенток (1,1%), входящих в 3-ю группу. Прием препарата был отменен, проводилась гипотензивная терапия.

У 1 пациентки (0,5%) из 1-й группы на 3-й день лечения появилась кожная сыпь на ногах. «Найз» был отменен, назначен антигистаминный препарат. На следующий день сыпь исчезла.

У 2 пациенток (1,1%), входящих во 2-ю группу, возник приступ мерцания предсердий (у одной на 8-й день, у другой — на 10-й), в связи с чем они были переведены в кардиологическое отделение, где приступ был купирован.

Таким образом, выявленные побочные действия, послужившие причиной отмены препарата, в дальнейшем в короткие сроки прошли.

Изжога отмечалась у 5 пациенток (2,8%); тошнота — у 2 (1,2%); незначительно выраженные боли в эпигастральной области у 2 (1,2%) пациенток, с хроническим гастритом, получавших омега-3; головокружение у 1 пациентки (0,5%). Данные симптомы не потребовали отмены препарата и исчезли самостоятельно.

Анализ биохимических показателей крови показал, что содержание билирубина превысило границу нормы у 6 пациентов (3,7%), АЛТ — у 11 пациентов (6,8%), а АСТ — у 8 пациентов (4,9%). В целом повышение вышеперечисленных биохимических показателей выявлено у 18 человек (11%). Однако во всех этих случаях повышение не было значительным: его средние значения составили для билирубина 2,0 мкмоль/л, для АЛТ — 7 ЕД/л и для АСТ — 11 ЕД/л. Таким образом, существенных изменений биохимических показателей крови в ходе лечения не выявлено.

Представленная работа показала эффективность применения «Найза» в комплексном консервативном лечении пациентов с гонартрозом, имеющих выраженный болевой синдром, что способствовало существенному улучшению качества жизни пациентов.

Таблица 3.

Интенсивность болевого синдрома при движении и в покое по шкале вербальной оценки

Показатели	ШВО при движении				ШВО в покое			
	1 визит		4 визит		1 визит		4 визит	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нет боли	0	0	21	13	19	11,9	94	58,4
Слабая боль	4	2,5	81	50,3	47	29,1	53	32,9
Умеренная боль	56	34,8	57	35,5	81	50,3	14	8,7
Сильная боль	101	62,7	2	1,2	14	8,7	0	0

Характер комлементарного лечебного воздействия зависил от особенностей клинической картины остеоартроза.

Случаев гепатотоксичности в проведенной работе выявлено не было.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации. Ревматология. Е.Л. Насонов, ред. М.; 2005.
2. Каратеев А.Е., Насонов Е.Л., Кореишков Г.Г. НПВП-индуцированная диспепсия: распространенность и возможность медикаментозной коррекции. Науч. Практ. Ревматол. 2003; 5: 76—8.
3. Каратеев А.Е., Яхно Н.Н. Лазебник Л.Б. и др. Применение НПВП. Клинические рекомендации. М.: ИМА-ПРЕСС; 2009.
4. Бадокин В.В. Применение нимесулида в ревматологической практике. Фарматека. 2006; 6: 32—6.
5. Каратеев А.Е., Барскова В.Г. Безопасность нимесулида: эмоции или взвешенная оценка? Consilium medicum. 2007; 9: 60—4.
6. Tan H.H., Ong W.M., Lai S.H. Nimesulide-induced hepatotoxicity and fatal hepatic failure. Singapore. Med. J. 2007; 48(6): 582—5.
7. Traversa G., Bianchi C., DaCas R. Cohort study of hepatotoxicity associated with nimesulide and other non-steroidal anti-inflammatory drugs. BMJ. 2003; 327: 18—27.
8. O'Connor N., Dargan P.I., Jones A.L. Hepatocellular damage from non-steroidal anti-inflammatory drugs. Q. J. Med. 2003; 96: 787—91.
9. Меньшикова И.В. Современные подходы к диагностике и лечению остеоартроза коленного сустава. Автореферат дисс. на соискание уч. степени д.м.н. Москва; 2010.
10. Пихлак А.Э., Посошкова О.И., Логачев В.А. Остеоартроз: клиника, диагностика, лечение. Учебное пособие для врачей. Москва; 2010.
11. EULAR Textbook on Rheumatic Diseases Editor Johannes WJ Bijlsma. Osteoarthritis treatment. 2012: 749—68.
12. 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 (ESCISIT).

REFERENCES

1. Clinical guidelines. Rheumatology. E.L. Nasonov, ed. Moscow; 2005 (in Russian).
2. Karateev A.E., Nasonov E.L., Koreshkov G.G. NSAID-induced dyspepsia: prevalence and the possibility of drug correction. Scientific. Pract. Rheumatology. 2003; 5: 76—8 (in Russian).
3. Karateev A.E., Yakhno N.N., Lazebnik L.B. et al. The use of NSAIDs. Clinical guidelines. Moscow: IMA-PRESS; 2009 (in Russian).
4. Badokin V.V. The use of nimesulide in rheumatology practice. Farmateka. 2006; 6: 32—6 (in Russian).
5. Karateev A.E., Barskova V.G. Safety of nimesulide: emotion or balanced assessment? Consilium medicum. 2007; 9: 60—4 (in Russian).
6. Tan H.H., Ong W.M., Lai S.H. Nimesulide-induced hepatotoxicity and fatal hepatic failure. Singapore. Med. J. 2007; 48(6): 582—5.
7. Traversa G., Bianchi C., DaCas R. Cohort study of hepatotoxicity associated with nimesulide and other non-steroidal anti-inflammatory drugs. BMJ. 2003; 327: 18—27.
8. O'Connor N., Dargan P.I., Jones A.L. Hepatocellular damage from non-steroidal anti-inflammatory drugs. Q. J. Med. 2003; 96: 787—91.
9. Men'shikova I.V. Current approaches to diagnosis and treatment of osteoarthritis of the knee. Abstract of diss. on competition the degree of Doctor of Medicine. Moscow; 2010 (in Russian).
10. Pikhlak A.E., Pososhkova O.I., Logachev V.A. Osteoarthritis: clinical features, diagnosis, treatment. A manual for physicians. Moscow; 2010 (in Russian).
11. EULAR Textbook on Rheumatic Diseases Editor Johannes WJ Bijlsma. Osteoarthritis treatment. 2012: 749—68.
12. 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 (ESCISIT).

© В.Г. ПИЛЯЕВ, В.П. ТЕРЕШЕНКОВ, С.Ю. ТИТОВ, 2013

УДК 615.2/.3.03:616.72].032.72

В.Г. Пиляев^{1,2}, В.П. Терешенков^{1,2*}, С.Ю. Титов^{1,2}

ВНУТРИСУСТАВНОЕ ВВЕДЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ

¹АНО «Артрологическая больница НПО СКАЛ», 109044, Москва, Россия; ²ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России, 127473, Москва, Россия

*Терешенков Василий Павлович, E-mail: bizuy105@rambler.ru

♦ Проанализированы результаты применения внутрисуставной инъекционной терапии за пятилетний период (с 2008 по 2012 гг.) у 11722 пациентов с заболеваниями суставов. Приведены результаты клинической эффективности ряда препаратов. Обсуждены осложнения и нежелательные явления, возникшие при их применении.

Ключевые слова: болезни суставов, внутрисуставная терапия и пункции суставов, гиалуроновая кислота, глюкокортикостероиды, осложнения, СКАЛ

V.G. Pilyaev^{1,2}, V.P. Tereshenkov^{1,2}, S.YU. Titov^{1,2}

INTRAARTICULAR DRUG INJECTIONS IN THE TREATMENT OF JOINT DISEASES

¹Arthrology hospital of scientific and practical association SKAL 109044 Moscow, Russia;

²Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov, 127473 Moscow, Russia

♦ The results of applying the intra-articular injection therapy within the five-year period (with 2008 until 2012) are analyzed in 11722 patients with the diseases of joints. The results of the clinical effectiveness of a number of preparations are given. The complications and the undesirable phenomena, which arose during their application are discussed.

Key words: joints diseases, intra-articular therapy and the puncture of joints, hyaluronic acid, glucocorticosteroids, complications, system of outpatient treatment course

Пункции суставов и внутрисуставные введения лекарственных препаратов с целью купирования болевого синдрома и синовита, нормализации внутрисуставной среды занимают достойное место в современной артроло-

гической практике. За последние 50 лет метод локальной инъекционной терапии значительно эволюционизировал: появляются новые препараты и схемы их введения, совершенствуется техника манипуляций, расширились пока-