

Следующая оценка состояния пациентов проведена через 1 год. Как видно из данных табл. 1–3, у пациентов 1 и 5 сохраняется стойкая ремиссия РА, необходимости в назначении ГИБТ нет. У пациентки 4 состояние ухудшилось, активность РА возросла, ей было рекомендовано возобновление терапии ингибитором ФНО $\alpha$ . У пациентки 2 констатирована низкая активность РА, наблюдение за ней продолжено.

**Заключение.** Полученные данные подтверждают, что длительная комбинированная терапия ингибитором

ФНО $\alpha$  в сочетании с МТ может привести не только к стойкой ремиссии РА, но и к сохранению ее даже после отмены ГИБП. Назначение ЦЗП в течение 6,5 лет индуцировало ремиссию и способствовало поддержанию стабильного состояния у части пациентов в течение 1 года после отмены препарата. Безусловно, необходимо дальнейшее наблюдение за пациентами для выяснения возможной длительности ремиссии и сроков возобновления терапии ГИБП.

## Л И Т Е Р А Т У Р А

- Harris ED Jr. Rheumatoid Arthritis: pathophysiology and implications for therapy. *N Engl J Med.* 1990;322(18):1277–89.
- Sesin CA, Bingham CO 3<sup>rd</sup>. Remission in rheumatoid arthritis: wishful thinking or clinical reality? *Semin Arthritis Rheum.* 2005 Dec;35(3):185–96.
- Tanaka Y. Next stage of RA treatment: is TNF inhibitor-free remission a possible treatment goal? *Ann Rheum Dis.* 2013 Apr;72 Suppl 2:ii124–7. DOI: 10.1136/annrheumdis-2012-202350.
- Khanna D, Oh M, Furst DE et al. Evaluation of the preliminary definitions of minimal disease activity and remission in an early seropositive rheumatoid arthritis cohort. *Arthritis Rheum.* 2007 Apr;57(3):440–7.
- Tanaka Y. Intensive treatment and treatment holiday of TNF-inhibitors in rheumatoid arthritis. *Curr Opin Rheumatol.* 2012 May;24(3):319–26. DOI: 10.1097/BOR.0b013e3283524e4c.
- Saleem B, Nizam S, Emery P. Can remission be maintained with or without further drug therapy in rheumatoid arthritis? *Clin Exp Rheumatol.* 2006 Nov–Dec;24(6 Suppl 43):S33–6.
- Keystone E, Hejblum Dv, Mason D Jr et al. Certolizumab Pegol plus Methotrexate is Significantly More Effective Than Placebo Plus Methotrexate in Active Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheum.* 2008;58(11):3319–29. DOI: 10.1002/art.23964.
- Smolen J, Landewe RB, Mease P et al. Efficacy and safety of certolizumab pegol plus methotrexate in active rheumatoid arthritis: the RAPID 2 study. A randomized controlled trial. *Ann Rheum Dis.* 2009;68(6):797–804. DOI: 10.1136/ard.2008.101659.

## Боль – основной компонент качества жизни больных анкилозирующим спондилитом и возможности ее купирования

О.А. Пирогова, Т.А. Раскина, М.В. Летаева  
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»

*Представлены результаты исследования качества жизни (КЖ) у больных анкилозирующим спондилитом. Показано значение хронического болевого синдрома в снижении КЖ. Рассмотрены вопросы комплексной терапии болевого синдрома с использованием нимесулида (найз) и тизанидина (сирдалуд).*

**Ключевые слова:** анкилозирующий спондилит, боль, качество жизни, нимесулид (найз), тизанидин (сирдалуд).  
**Контакты:** Пирогова Оксана Анатольевна doc-oxi@yandex.ru

*Для ссылки:* Пирогова ОА, Раскина ТА, Летаева МВ. Боль – основной компонент качества жизни больных анкилозирующим спондилитом и возможности ее купирования. *Современная ревматология.* 2013;(3):53–7.  
[Pirogova OA, Raskina TA, Letaeva MV. Pain is a major component of quality of life in patients with ankylosing spondylitis and the possibilities of its relief. *Modern Rheumatology.* 2013;(3):53–7.]

*Pain is a major component of quality of life in patients with ankylosing spondylitis and the possibilities of its relief*  
O.A. Pirogova, T.A. Raskina, M.V. Letaeva  
Kemerovo State Medical Academy

*The paper gives the results of an investigation of quality of life (QL) in patients with ankylosing spondylitis. It shows the implication of chronic pain syndrome in lowering QL and considers the issues of combination therapy with nimesulide (nise) and tizanidine (sirdalud) for pain syndrome.*

**Key words:** ankylosing spondylitis, pain, quality of life, nimesulide (nise) and tizanidine (sirdalud).  
**Contact:** Oksana Anatolyevna Pirogova doc-oxi@yandex.ru

Хроническая боль (ХБ), связанная с патологией суставов и позвоночника, – основное проявление ревматических заболеваний (РЗ) [1]. Ревматическая боль ранее рассматривалась как ноцицептивная, поскольку она тесно связана с воспалением и структурным повреждением тканей. В противоположность ей боль, индуцированная изменениями

нервных образований, классифицировалась как нейропатическая. На сегодняшний день провести четкую границу между ноцицептивной и нейропатической болью уже не представляется возможным, поскольку результаты исследований позволяют говорить об активном участии нейрогенных механизмов в формировании ревматической боли [2].

## О Р И Г И Н А Л Ь Н Ы Е И С С Л Е Д О В А Н И Я

Таблица 1. Клиническая характеристика больных АС

Признак	Число больных
Возраст, годы:	
до 40	42(63)
40–50	15(23)
старше 50	9(14)
Длительность болезни, годы:	
до 5	2(3)
5–10	29(44)
более 10	35(53)
Форма болезни:	
аксиальная	44(67)
периферическая	22(33)
Активность по индексу BASDAI:	
умеренная	5(8)
высокая	33(50)
очень высокая	28(42)
Рентгенологическая стадия АС:	
I	2(3)
II	18(27)
III	46(70)

*Примечание.* Здесь и в табл. 2: в скобках – процент больных.

Боль является наиболее универсальным проявлением РЗ и основной проблемой для большинства пациентов, наблюдающихся у ревматолога. В то же время восприятие боли для каждого пациента – индивидуальный и во многом уникальный процесс, который складывается из многих компонентов. В каждом конкретном случае механизмы формирования боли находятся в состоянии динамического развития и со временем могут претерпевать существенные изменения [3]. Эта динамика определяется как прогрессированием тканевых нарушений, обусловленных заболеванием, так и пластичностью ЦНС, принимающей активное участие в поддержании стойких болевых ощущений [4].

Хронический характер болевого синдрома при большинстве РЗ обусловлен развитием воспаления в синовиальной оболочке суставов в связи с гиперпродукцией большого количества провоспалительных агентов, модулирующей функции иммунокомпетентных клеток и их пролиферацией, деструктивным действием протеаз [2]. ХБ – самостоятельный клинический синдром, в наибольшей степени определяющий нарушение функции и снижение социального статуса пациента. Депрессия, тревожность, нарушения сна и иммунитета, постоянное напряжение сердечно-сосудистой системы – типичные спутники ХБ, поэтому попытки «претерпеть» боль, как и расхожая рекомендация «научиться жить с болью», представляются с медицинской точки зрения порочными и вредными [2].

Одним из распространенных РЗ является анкилозирующий спондилит (АС) – хроническое воспалительное заболевание опорно-двигательного аппарата, характеризующееся поражением осевого скелета [5], приводящим к ограничению подвижности позвоночника, обычно с развитием грудного кифоза и/или вовлечением периферических суставов [5, 6].

Основными клиническими признаками АС являются боль, скованность и уменьшение подвижности в позвоночнике, поражение преимущественно крупных и средних сус-

тавов нижних конечностей, воспаление энтезисов различной локализации, что в совокупности нередко значительно ухудшает качество жизни (КЖ) больных РЗ [7, 8].

У больных с тяжелым течением АС отмечается низкое КЖ вследствие выраженной скованности (90%), боли (83%), повышенной утомляемости (62%), плохого сна (54%), тревоги за будущее (50%) [9, 10].

Для количественного определения нарушений жизнедеятельности при АС используют опросники, заполняемые больными самостоятельно и отражающие в определенной степени их КЖ. Общие опросники (EQ-5D, SF-36 и др.) измеряют широкий спектр функций восприятия здоровья и используются для сравнения КЖ пациентов, страдающих различными заболеваниями, а также для его оценки в популяции, тогда как специфические инструменты ориентированы в большей степени на проблемы, связанные с определенными заболеваниями [11].

При выборе опросников для оценки КЖ важно принимать во внимание, что при клинико-экономическом исследовании предпочтение отдается тем из них, которые позволяют получить оценку КЖ в виде единого итогового балла от 0 до 1.

Опросник EQ-5D общего характера широко применяется для оценки КЖ у больных с РЗ; дает в ходе обработки данных единый балл для оценки КЖ от 0 до 1 [12, 13].

В свою очередь с помощью опросника НАQ можно получить количественную оценку функционального статуса больных. Вопросы НАQ относятся к активности пациента в повседневной жизни. При этом важно установить, выполняет ли пациент действия в повседневной жизни самостоятельно или использует специальные приспособления и помощь других лиц. Для этого после основных шкал в опросник включены дополнительные вопросы, касающиеся использования приспособлений [14].

**Цель** настоящего исследования – оценить КЖ у больных АС с помощью опросников EQ-5D и НАQ.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 66 пациентов мужского пола с диагнозом АС (согласно модифицированным Нью-Йоркским критериям 1984 г.) [15], с развернутой или поздней стадией заболевания, высокой степенью активности – BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)  $\geq 4,0$ .

Клиническая характеристика больных представлена в табл. 1.

Для оценки КЖ использовали опросники EQ-5D и НАQ. Опросник EQ-5D состоит из двух частей. Первая часть включает 5 компонентов, связанных со следующими аспектами жизни: подвижность, самообслуживание, активность в повседневной жизни, боль/дискомфорт и беспокойство/депрессия. Каждый компонент разделен на три уровня в зависимости от степени выраженности проблемы. Результаты ответов пациентов представлены в виде профиля «состояния здоровья» EQ-5Q-profile и в виде количественного показателя «индекса здоровья» EQ-5Q-utility.

Вторая часть опросника представляет собой визуально-аналоговую шкалу (ВАШ), так называемый термометр здоровья. Это 20-сантиметровая вертикальная градуированная линейка, на которой 0 означает самое плохое, а 100 – самое хорошее состояние здоровья. Обследуемый делает отметку на «термометре» в том месте, которое отражает состояние его здоровья на момент заполнения. Эта часть опросника представляет собой количественную оценку общего статуса здоровья.

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для оценки функционального состояния пациента на индивидуальном уровне использовали опросник НАQ. Двухстраничная версия опросника включает подсчет индекса нарушения жизнедеятельности (NAQ Disability Index) и оценку боли по ВАШ. NAQ состоит из 20 вопросов, относящихся к активности пациента в повседневной жизни, сгруппированных в 8 шкал по 2–3 вопроса в каждой. Для каждого вопроса выбран 4-уровневый ответ со счетом от 0 до 3, где более высокий счет указывает на большие функциональные ограничения: 0 – без труда, 1 – с небольшим затруднением, 2 – с большим трудом, 3 – не могу выполнить совсем. Для подсчета индекса по каждой шкале выбирается максимальный ответ. Индекс НАQ от 0 до 0,5 баллов – функциональные нарушения отсутствуют, от 0,5 до 1 балла – минимальные нарушения, от 1 до 2 баллов – умеренные, от 2 до 3 баллов – выраженные.

Все пациенты самостоятельно заполняли опросники при включении в исследование.

Исследование соответствовало этическим стандартам биоэтического комитета, разработанным в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» с поправками 2000 г. и «Правилами клинической практики в Российской Федерации», утвержденными приказом Минздрава РФ от 19.06.2003 г. № 266. Все пациенты дали письменное информированное согласие на участие в исследовании.

**Результаты исследования.** При заполнении опросника EQ-5D проблемы со здоровьем отмечали в той или иной степени все больные АС. В целом у большинства пациентов по всем компонентам КЖ имелись проблемы средней степени выраженности (табл. 2).

Установлено, что 63 (95%) пациента имели некоторые проблемы с передвижением в пространстве, в то время как только у 3 (5%) ограничений с передвижением не было. Самообслуживание частично сохранено у 35 (53%) больных. Среди опрошенных отсутствовали пациенты, не испытывавшие боль или дискомфорт, небольшая боль и дискомфорт отмечались у 21 (32%) пациента, в то время как сильная боль и дискомфорт имелись у 45 (68%). Более половины опрошенных (46, или 70%) испытывали тревогу и депрессию. Показатель ВАШ опросника EQ-5D составил  $54,8 \pm 8,1$  мм.

Индекс НАQ ( $1,875 \pm 0,04$ ) соответствовал умеренным функциональным нарушениям. Уровень боли по ВАШ опросника НАQ составил  $78,6 \pm 3,1$  мм.

Таким образом, анализ результатов опросников EQ-5D и НАQ показал, что исходно проблемы со здоровьем в той или иной степени имеются у всех больных АС.

Развитие боли является сложным многокомпонентным патологическим процессом, что определяет значительные трудности при индивидуальном подборе схемы обезболивающей терапии.

Согласно рекомендациям ВОЗ, первой ступенью лечения хронической боли при РЗ являются неопиоидные анальгетики – нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), оказывающие хорошее анальгетическое действие при слабой и умеренной боли [16–18]. Наиболее важный механизм, определяющий эффективность НПВП, связан с подавлением активности циклооксигеназы (ЦОГ) – фермента, регулирующего биотрансформацию арахидоновой кислоты в простагландин (ПГ), простациклин и тромбо-

Таблица 2. Оценка состояния здоровья больных АС по данным общего опросника EQ-5D

Состояние здоровья	Число больных
Передвижение в пространстве:	
нет проблем	3(5)
есть некоторые проблемы	63(95)
прикован к кровати	0
Самообслуживание:	
сохранено	20(30)
частично сохранено	35(53)
не может сам мыться и одеваться	11(17)
Повседневная активность:	
нет проблем	16(24)
есть некоторые проблемы	42(64)
не может выполнять повседневные дела	8(12)
Боль и дискомфорт:	
нет боли и дискомфорта	0
есть небольшая боль и дискомфорт	21(32)
есть сильная боль и дискомфорт	45(68)
Тревога и депрессия:	
нет тревоги и депрессии	20(30)
есть небольшая тревога и депрессия	32(48)
есть выраженная тревога и депрессия	14(22)

ксан [19–21]. Идентифицировано две изоформы ЦОГ – ЦОГ1 и ЦОГ2: первая в различном количестве постоянно присутствует в большинстве тканей и относится к категории «структурных» ферментов, участвующих в регуляции гомеостаза; вторая, напротив, в большинстве тканей не обнаруживается, но ее уровень существенно увеличивается при развитии тканевого повреждения и воспаления. Ингибция ЦОГ2 рассматривается как один из важных механизмов противовоспалительной и анальгетической активности НПВП, а ингибция ЦОГ1 вызывает развитие побочных реакций. Поэтому токсичность неселективных НПВП (нНПВП) связывают с их низкой селективностью, способностью в равной степени подавлять активность обеих изоформ ЦОГ [19, 22]. Выбор НПВП всегда непросто: идеального препарата не существует. Нужно лекарство подбирается индивидуально для конкретного пациента и конкретной клинической задачи. Тем не менее существуют определенные критерии оценки того или иного препарата – наличие быстрого анальгетического и противовоспалительного действия, благоприятная переносимость и низкий риск серьезных осложнений [22].

Нимесулид (найз) был первым селективным НПВП на российском фармацевтическом рынке. Препарат доказал свою эффективность при различных РЗ, в том числе при АС [19]. В НИИР РАМН неоднократно изучались эффективность и безопасность нимесулидов при РЗ. Преимущество нимесулида заключается в относительно слабом влиянии на ЦОГ1 слизистой оболочки желудка, но при этом он подавляет ее активность в очагах воспаления и умеренно блокирует действие ЦОГ2. Нимесулиду присущ яркий и быстрый анальгетический эффект, связанный в большей степени с ингибцией ЦОГ2, который реализуется на периферическом уровне за счет блокады синтеза ПГ, активирующих болевые рецепторы. Центральный механизм менее значим, но также связан с угнетением синтеза ПГ, которые образуются в ЦНС и способствуют усилению болевого синдрома. Описан ряд фармако-

## О Р И Г И Н А Л Ь Н Ы Е И С С Л Е Д О В А Н И Я

логических эффектов нимесулида, не зависящих от класс-специфического влияния на ЦОГ2. Он блокирует синтез основных провоспалительных цитокинов (интерлейкин 6, фактор некроза опухоли  $\alpha$ ), подавляет активность металлопротеиназ (ответственных, в частности, за разрушение гликопротеинового комплекса хрящевой ткани при остеоартрозе), оказывает антигистаминное действие. Одним из важнейших «не-ЦОГ2-ассоциированных эффектов» нимесулида является блокада фермента фосфодиэстеразы IV, подавляющая активность макрофагов и нейтрофилов, имеющих ключевое значение в развитии острого воспаления [23–25].

Таким образом, нимесулид – препарат с весьма благоприятным сочетанием мощного анальгетического, противовоспалительного действия и хорошей переносимости. Клинические исследования и большой опыт применения этого препарата в реальной клинической практике показывают, что риск развития побочных эффектов при длительном использовании нимесулида суммарно ниже, чем при применении традиционных НПВП. Однако следует отметить, что монотерапия НПВП обеспечивает значимое улучшение далеко не у всех больных. И этот факт заставляет искать дополнительные средства, которые в комбинации с НПВП позволили бы добиться более высокого уровня анальгезии [19].

Важным компонентом при комплексном обезболивании РЗ являются миорелаксанты. Сами по себе эти препараты, как показано в ряде клинических исследований, при РЗ малоэффективны. Однако их совместное применение с НПВП может существенно повышать лечебный потенциал последних [26]. Одним из наиболее известных в России является тизанидин (сирдалуд) – миорелаксант центрального действия, эффект которого реализуется на спинальном и супраспинальном уровне. Препарат преимущественно угнетает полисинаптические рефлексы спинного мозга, ответственные за гипертонус мышц, что вызывает снижение повышенного тонуса сгибательной и разгибательной мускулатуры и уменьшение болезненных мышечных спазмов. Помимо миорелаксирующих свойств, тизанидин обладает также центральным умеренно выраженным анальгезирующим эффектом (за счет снижения высвобождения возбуждающих нейромедиаторов в головном мозге на уровне *locus coeruleus*) [1, 19, 26]. В то же время тизанидин обладает гастропротективным эффектом, который связывают с его адренергической активностью и спазмолитическим действием. Тизанидин уменьшает базальную и индуцированную секрецию кислоты в желудке, устраняет дисбаланс гликопротеинов в слизистой оболочке желудка и желудочном секрете. Гастропротективное действие тизанидина имеет особенно важное значение для ведения пациентов с хроническим болевым синдромом, в частности с АС, которые длительно принимают НПВП, что часто приводит к развитию эрозивного гастрита и язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Проведенные исследования показывают, что применение тизанидина потенцирует эффект НПВП [1, 19]. Британские ученые Н. Berry и D. Hutchinson провели 2 многоцентровых исследования, в которых изучали этот вопрос [27, 28]. Первое из них – 7-дневное сравнение лечебного действия тизанидина в дозе 4 мг 3 раза в сутки и плацебо (n=112), причем больные в качестве дополнительного анальгетика могли принимать аспирин в дозе 300 мг «по требованию». Положительный эффект терапии был отмечен в обеих группах, однако на фоне приема тизанидина облегчение наступало быстрее; имелось преимущество и еще по ряду параметров – уменьшение боли в покое и ночью. Во втором исследовании (n=105) сравнивали действие ибупрофена 1200 мг/сут в комбинации с тизанидином 12 мг/сут и монотерапии ибупрофеном 1200 мг/сут. Комбинированная терапия оказалась достоверно эффективнее. При этом число осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта было значительно выше в контрольной группе: 20 и 6% соответственно (p=0,02), хотя число больных, у которых возникли побочные эффекты со стороны ЦНС, было достоверно выше в группе комбинированной терапии (p=0,025) [1, 27, 28].

Тизанидин обладает седативным эффектом. Поэтому пациентам, у которых отмечается сонливость при приеме тизанидина, следует избегать всех видов деятельности, требующих концентрации внимания и быстроты реакции. В то же время у многих пациентов, особенно с хроническими болевыми синдромами, нарушен сон. Указанный побочный эффект тизанидина можно использовать в терапевтических целях, назначив препарат на ночь для улучшения сна пациента. Поскольку эффект тизанидина является кратковременным, чтобы сохранить социальную активность пациента, некоторые врачи назначают препарат только на ночь, либо распределяют основную суточную дозу на вторую половину дня и на ночь [29].

Таким образом, современный подход к терапии боли у больных АС предполагает выбор лекарственных препаратов на основе знаний механизмов боли, что позволяет более дифференцированно и целенаправленно влиять на болевой синдром и снизить риск развития нежелательных явлений. Совместное использование эффективного и безопасного нимесулида и тизанидина, уменьшающего мышечный спазм, способствует достижению оптимального обезбоживания.

## Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Каратеев АЕ. Комплексное обезбоживание при ревматических заболеваниях. Фарматека. 2012;(19):10–7.
2. Каратеев АЕ. Комплексное обезбоживание при ревматических заболеваниях. Фарматека. 2012;(19):10–7.
3. Олюнин ЮА. Хроническая ревматическая боль. Особенности развития и принципы лечения. Русский медицинский журнал. 2013;6:304–9. [Olyunin YuA. Khronicheskaya revmaticheskaya bol'. Osobennosti razvitiya i printsipy lecheniya. Russkiy meditsinskiy zhurnal. 2013;6:304–9.]
4. Millan MJ. The induction of pain: an integrative review. Prog Neurobiol. 1999;57(1):1–164.
5. Bolay H, Moskowitz MA. Mechanisms of pain modulation in chronic syndromes. Neurology. 2002;59 (5Suppl 2):2–7.
6. Braun J, Bollow M, Sieper J. Radiology and pathology of the spondyloarthropathies. Rheum Dis Clin North Am. 1998;(24):697–735.
7. Sieper J, Rudwaleit M, Baraliakos X et al. The Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS) Handbook: a guide to assess spondyloarthritis. Ann Rheum Dis. 2009;68(Suppl. 11):ii1–ii44.
8. Волнухин ЕВ, Галушко ЕА, Бочкова АГ, Смирнов АВ, Эрдес ШФ. Клиническое многообразие анкилозирующего спондилита в реальной практике врача-ревматолога в России (часть 1). Научно-практическая ревматология. 2012;(2):44–49. [Volnukhin EV, Galushko EA, Bochkova AG, Smirnov AV, Erdes ShF. Clinical diversity of ankylosing spondylitis in the real practice of a rheumatologist in Russia (Part 1). Nauchno-prakticheskaya revmatologiya. 2012;(2):44–49.]
9. Амирджанова ВН, Погожева ЕЮ. Качество жизни больных ревматоидным артритом, получающих цертолизумаба пэггол.

- Научно-практическая ревматология. 2012;(5):80–84.  
[Amirdjanova VN, Pogozheva EYu. Quality of life in patients with rheumatoid arthritis treated with certolizumab pegol. Nauchno-prakticheskaya revmatologiya. 2012;(5):80–84.]
9. Braun J, Sieper J. Ankylosing spondylitis. Lancet. 2007;369(9570):1379–90.
10. Van der Linden S, van der Heijde D. Ankylosing spondylitis. Clinical features. Rheum Dis Clin North Am. 1998;24(4):663–76.
11. Амирджанова ВН, Койлубаева ГМ. Методология оценки качества жизни в практике ревматолога. Научно-практическая ревматология. 2003;(2):72–6.  
[Amirdzhanova VN, Koylubayeva GM. Quality of life assessment methodology in practice of rheumatologist. Nauchno-prakticheskaya revmatologiya. 2003;(2):72–6.]
12. Воробьев ПА. Клинико-экономический анализ. М.;2004;10–5.  
[Vorob'ev PA. Kliniko-ekonomicheskii analiz. Moscow; 2004;10–5.]
13. Staquet MJ. Quality of life assessment in clinical trials. Oxford University Press; 1998;360.
14. Амирджанова ВН, Койлубаева ГМ, Горячев ДВ и др. Валидация русскоязычной версии HAQ. Научно-практическая ревматология. 2004;(2):13.  
[Amirdjanova VN, Koylubayeva GM, Goryachev DV et al. Validation of Russian version of Health Assessment Questionnaire (HAQ). Nauchno-prakticheskaya revmatologiya. 2004;(2):13.]
15. Van der Linden S, Valkenburg H, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis: a proposal for modification of the New York criteria. Arthr Rheum. 1984;(27):361–8.
16. Егорова ОН, Белов БС, Балабанова РМ и др. Мелоксикам: перспективы применения при узловой эритеме. Современная ревматология, 2010;(1):41–4.  
[Egorova ON, Belov BS, Balabanova RM et al. Meloxicam: use prospects in erythema nodosum. Sovremennaya revmatologiya, 2010;(1):41–4.]
17. Насонова ВА, Насонов ЕЛ. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний. М.: Литтерра; 2003.  
[Nasonova VA, Nasonov EL. Ratsional'naya farmakoterapiya revmaticheskikh zabolevaniy. M.: Litterra, 2003.]
18. Ушкалова ЕА. Нестероидные противовоспалительные лекарственные средства – новый взгляд на эффективность и безопасность. Фарматека. 2004;(7):26–33.  
[Ushkalova EA. Nesteroidnye protivovospalitel'nye lekarstvennye sredstva – novyy vzglyad na effektivnost' i bezopasnost'. Farmateka. 2004;(7):26–33.]
19. Каратеев АЕ, Яхно НН, Лазебник ЛБ и др. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации. М.: ИМА-ПРЕСС; 2009;168 с.  
[Karateev AE, Yakhno NN, Lazebnik LB i dr. Primenenie nesteroidnykh protivovospalitel'nykh preparatov. Klinicheskie rekomendatsii. M.: IMA-PRESS, 2009;168 s.]
20. Simon DL, Botting RM, Hla T. Cyclooxygenase isozymes: the biology of prostaglandin synthesis and inhibition. Pharmacol Rev. 2004;(56):387–437.
21. Warner TD, Mitchel JA. Cyclooxygenase: new isoforms, new inhibitors and new lessons from clinic. FASEB J. 2004;(18):790–804.
22. Fitzgerald G, Patrono C. The Coxibs, selective inhibitors of cyclooxygenase-2. New Engl J Med. 2001;(345):433–42.
23. Layton D, Heeley E, Hughes K et al. Comparison of the incidence rates of thromboembolic events reported for patients prescribe rofecoxib and meloxicam in general practice in England using Prescribe-Events Monitoring (PEM) data. Rheumatology (Oxford). 2003;42(11):1332–41.
24. Altman R, Luciarci HL, Muntaner J et al. Efficacy of assessment of meloxicam. A preferential (COX)-2 inhibitor in acute coronary syndromes without ST-segment elevation, the NUT-2 pilot study. Circulation. 2002;(106):191–5.
25. Helin-Salmivaara A, Virtanen A, Vesalainen R et al. NSAID use and the risk of hospitalisation for first myocardial infarction in the general population: a national case-control study from Finland. Eur Heart J. 2006;(27):1657–63.
26. Бадочкин ВВ. Место миорелаксантов при серонегативных спондилоартритах. Русский медицинский журнал. 2012;23.  
[Badokin VV. Mesto miorelaksantov pri seronegativnykh spondiloartritakh. Russkiy meditsinskiy zhurnal. 2012;23.]
27. Berry H, Hutchinson D. Tizanidine and ibuprofen in acute low-back pain: results of a double-blind multicentre study in general practice. J Int Med Res. 1988;16(2):83–91.
28. Berry H, Hutchinson D. A multicentre placebo-controlled study in general practice to evaluate the efficacy and safety of tizanidine in acute low-back pain. J Int Med Res. 1988;16(2):75–82.
29. Данилов АБ. Применение тизанидина (Сирдалуда) в лечении боли и спазма. Русский медицинский журнал. 2012;31:3–7.  
[Danilov AB. Primenenie tizanidina (Sirdaluda) v lechenii boli i spazma. Russkiy meditsinskiy zhurnal. 2012;31:3–7.]

## В Российский конгресс по остеопорозу и другим метаболическим заболеваниям скелета

Российская ассоциация по остеопорозу извещает о проведении V Российского конгресса по остеопорозу и другим метаболическим заболеваниям скелета, который состоится 18–20 ноября 2013 г. в Москве.

### Организаторы конгресса:

Российская ассоциация по остеопорозу, ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России, ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. акад. В.А. Насоновой» РАМН, Ассоциация ревматологов России.

### Президент конгресса:

президент РАМН, академик РАН и РАМН И.И. Дедов.

### Вице-президенты конгресса:

академик РАМН Е.Л. Насонов,  
академик РАМН В.И. Мазуров.

### Основные темы конгресса:

- эпидемиология и социально-экономические аспекты остеопороза и переломов;
- патогенез и генетика остеопороза;
- вторичный остеопороз при хронических заболеваниях внутренних органов и трансплантации;
- остеопороз, ассоциированный с приемом медикаментов;

- гендерные и возрастные аспекты остеопороза (постменопаузальный остеопороз, остеопороз у мужчин, остеопения у детей);
- первичная и вторичная профилактика остеопороза и переломов;
- диагностика остеопороза и оценка риска переломов;
- современные подходы к лечению остеопороза;
- вопросы остеопороза в травматологии и ортопедии;
- диагностика и лечение гиперпаратиреоза, остеомалации, костной болезни Педжета и других метаболических заболеваний скелета;
- механизмы развития и современные подходы к ведению больных остеопорозом;
- микрокристаллические артропатии;
- саркопения – принципы диагностики, профилактики и лечения.

### Место и время проведения:

18–20 ноября 2013 г. гостиничный комплекс «Космос». Москва, проспект Мира, 150.