

## Благодарность

Авторы выражают благодарность Попову А. А. и Изможеровой Н. В., принявшим участие в исследовании. Исследование проведено при поддержке компаний Ф. Хоффманн-Ля Рош Лтд. и GSK.

## Литература

1. Остеопороз, под ред. О. М. Лесняк и Л. И. Беневоленской. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009. 272 с. (Серия «Клинические рекомендации»).
2. Zafran N., Liss Z., Peled R. et al. Incidence and causes for failure of treatment of women with proven osteoporosis. *Osteoporos Int.* 2005; 16(11): 1375-83.
3. Weycker D., Macarios D., Edelsberg J., Oster G. Compliance with drug therapy for postmenopausal osteoporosis. *Osteoporos Int.* 2006; 17(11): 1645-52.
4. Siris E. S., Harris S. T., Rosen C. J. et al. Adherence to bisphosphonate therapy and fracture rates in osteoporotic women: relationship to vertebral and nonvertebral fractures from 2 US claims databases. *Mayo Clin Proc.* 2006; 81(8): 1013-22.
5. Yood R. A., Emani S., Reed J.I. et al. Compliance with pharmacologic therapy for osteoporosis. *Osteoporos Int.* 2003; 14: 965-8.
6. Weycker D., Macarios D., Edelsberg G. et al. Compliance with osteoporosis drug therapy and risk of fractures. *Osteoporos Int.* 2007; 18: 271-277.
7. Caro J. J., Ishak K. J., Huybrechts K. F. The impact of compliance with osteoporosis therapy on fracture rates in actual practice. *Osteoporos Int.* 2004; 15(12): 1003-8.
8. Huybrechts K. F., Ishak K. J., Caro J. J. Assessment of compliance with osteoporosis treatment and its consequences in a managed care population. *Bone.* 2006; 38(6): 922-8.
9. McCombs J. S., Thiebaud P., McLaughlin-Miley C., Shi J. Compliance with drug therapies for the treatment and prevention of osteoporosis. *Maturitas.* 2004; 48(3): 271-87.
10. Cramer J. A., Gold D. T., Silverman S. L., Lewiecki E. M. A systematic review of persistence and compliance with bisphosphonates for osteoporosis. *Osteoporos Int.* 2007; 18(8): 1023-31.
11. Лесняк О. М., Евстигнеева Л. П., Коваль А. М. и др. Приверженность российских пациентов лечению остеопороза (национальный проект «Сила в постоянстве») *Медицинский журнал «Фарматека».* 2008; 3: 73-79.
12. Rabenda V., Vanoverloop J., Fabri V. et al. Low incidence of anti-osteoporosis treatment after hip fracture. *J Bone Joint Surg Am.* 2008; 90(10): 2142-8.
13. Carr A. J., Thompson P. W., Cooper C. Factors associated with adherence and persistence to bisphosphonate therapy in osteoporosis: a cross-sectional survey. *Osteoporos Int.* 2006; 17(11): 1638-44.
14. Penning-van Beest F. J., Goettsch W. G., Erkens J. A. et al. Determinants of persistence with bisphosphonates: a study in women with postmenopausal osteoporosis. *Clin Ther.* 2006; 28(2): 236-42.
15. Briesacher B. A., Andrade S. E., Fouayzi H., Chan K. A. Comparison of drug adherence rates among patients with seven different medical conditions. *Pharmacotherapy.* 2008; 28(4): 437-43.
16. Rossini M., Bianchi G., Di Munno O., et al. Determinants of adherence to osteoporosis treatment in clinical practice. *Osteoporos Int.* 2006; 17(6): 914-21.
17. Solomon D.H., Avorn J., Katz J.N. et al. Compliance with osteoporosis medications. *Arch Intern Med.* 2005; 165(20): 2414-9.

# Оценка приверженности пациентов с остеоартритом (остеоартрозом) различным методам консервативного лечения

Д. М. Максимов

Кафедра семейной медицины ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург

## Evaluation OF adherence to various treatment methods among osteoarthritis patients

D. M. Maximov

Department of Family Medicine, The Ural State Medical Academy, Yekaterinburg

## Резюме

В статье описываются результаты анкетирования, которое проводилось в 2007–2008 гг. для оценки приверженности пациентов с остеоартритом (ОА) коленных и тазобедренных суставов к различным методам лечения. Всего проанкетировано 54 пациента, наблюдающихся у 9 врачей общей практики г. Екатеринбурга и Свердловской области. Анализ демографических данных и индекса массы тела респондентов подтверждает значение ожирения как фактора риска ОА (средний ИМТ  $32 \pm 6,8$  кг/м<sup>2</sup>) и преимущественное развитие заболевания у лиц женского пола (88,8% респондентов). Обнаружена статистически достоверная связь между увеличением возраста респондентов и повышением частоты использования тепловых процедур (ДИ 0,07–0,73), грязелечения и лечебных ванн (ДИ 0,07–0,96).

Выявлено, что предпочитаемая частота использования большинства медицинских вмешательств — несколько раз в месяц или по потребности, при этом к ежедневному лечению приверженность низкая. Получены данные о высокой частоте исполь-

Д. М. Максимов — ассистент кафедры семейной медицины ГОУ ВПО УГМА Росздрава.

зования НПВП как внутрь, так и местно, а также высокой приверженности к локальным средствам лечения в целом. К снижению веса и гимнастике пациенты продемонстрировали относительно низкую приверженность, при этом средства народной медицины и парафармацевтики пользуются высокой популярностью. Кроме того, в результате анкетирования выявлено значительное количество необоснованных рентгенографий коленных суставов (31,1%).

В целом исследование продемонстрировало, что диагностика и лечение ОА в первичном звене далеки от оптимальных, что может быть связано с устаревшими клинико-организационными стандартами, недостаточным взаимодействием между врачами и пациентами, а также с трудностями в изменении поведенческих стереотипов и предпочтением пациентами более простых, дешевых и доступных методов лечения.

**Ключевые слова:** остеоартрит, остеоартроз, приверженность к лечению.

## Summary

This article describes the results of questioning which was carried out in 2007 — 2008 years in order to estimate adherence to various treatment methods among the patients with knee and hip osteoarthritis (OA). The 54 patients were randomly selected and questioned in 9 general practices in the city of Yekaterinburg and in the Sverdlovsk region. The analysis of demographic data has confirmed relation between OA and gender (88,8% of participants were females) and increased body mass index (average BMI was  $32 \pm 6,8 \text{ kg/m}^2$ ) as risk factors of OA. Statistically significant connection has been found out between age of 55 and older and increased adherence to local thermal procedures (CI 0,07–0,73), fangothrapy and medical baths (CI 0,07–0,96).

The majority of patients preferred to use medical interventions several times a month or as needed, meanwhile adherence to daily treatment was low. Revealed data demonstrate high level of NSAID usage as in tablets, as in topical forms, and also high adherence to topical treatment in general. Participants have demonstrated relatively low adherence to weight reduction and exercises, but parapharmaceutics and complementary medicines are very popular. Moreover, significant amount (31,1%) of ungrounded X-ray examinations of knee joints has been found out. Thus, research has shown that diagnostics and treatment of OA in primary care are far from optimal; this situation can be caused by the outdated clinico-organizational standards, insufficient interaction between physicians and patients, and also with difficulties in behavioural stereotypes change and preference of more simple, cheap and accessible methods of treatment among OA patients.

**Key words:** osteoarthritis, adherence to treatment.

## Введение

Остеоартрит (остеоартроз, ОА) — наиболее часто встречающееся заболевание суставов, которое вызывает локальное разрушение хряща и компенсаторное разрастание костной ткани. К заболеванию предрасполагает наследственная неполноценность хрящевой ткани; к повреждению и преждевременному изнашиванию суставного хряща приводят травмы, перегрузка весом, искривление нижних конечностей.

Высокая распространенность ОА и выраженное влияние его на качество жизни определяют медико-социальную значимость этого заболевания. ОА стоит в ряду значимых медицинских проблем с выраженным влиянием на экономику общества, здоровье и качество жизни пациентов и их семей. Рентгенологические признаки ОА выявляются у 30% мужчин и женщин старше 60 лет, треть из них имеет симптомы заболевания. ОА коленных суставов является причиной инвалидности приблизительно у 10% лиц старше 55 лет, причем риск инвалидности, обусловленной ОА выше, чем риск инвалидности по причине кардиологических заболеваний [1]. По данным ВОЗ остеоартрит в ближайшее время станет четвертой наиболее важной причиной инвалидности среди женщин и восьмой среди мужчин.

Несмотря на широкую распространенность этого заболевания, в настоящее время ситуацию по выявлению и адекватному лечению этого заболевания в Российской Федерации сле-

дует признать неудовлетворительной. В лечении ОА распространены методы с сомнительной эффективностью, неоправданно широко используются инвазивные процедуры, нестероидные противовоспалительные препараты, электролечение, необоснованно часто назначаются рентгенологические исследования, пациенты и врачи слабо информированы о возможностях немедикаментозных методов терапии. Все это закономерно приводит к низкой эффективности лечения при значительных затратах здравоохранения и пациента. Такая ситуация диктует необходимость внедрения в медицинскую практику клинических рекомендаций, разработанных с учетом принципов доказательной медицины, которые позволят повысить качество лечения, уменьшить затраты и улучшить приверженность пациентов к немедикаментозной терапии [1-3].

Одним из этапов внедрения подобных клинических рекомендаций является оценка теоретической подготовки врачей, а также оценка спектра медицинских вмешательств, которые используют пациенты с изучаемым заболеванием. В данном исследовании получены результаты, которые позволяют оценить текущую ситуацию по диагностике и лечению остеоартрита в первичном звене.

## Материалы и методы

Анкетирование пациентов с ОА проводили 9 врачей общей практики г. Екатеринбурга и

Свердловской области. Средний возраст врачей составил 41 год, общий врачебный стаж — 15 лет, участковый стаж — 9,1 год. Перед включением в исследование врачи проходили короткое тестирование из 5 вопросов, охватывающих основные принципы диагностики и лечения ОА коленных и тазобедренных суставов. Одному правильному ответу присваивался 1 балл. Тестирование показало хорошие знания докторов по вопросам диагностики и лечения ОА (средний балл 4,0).

В анкетирование включались пациенты до 70 лет с клиническим диагнозом ОА коленных или тазобедренных суставов и отсутствием других ревматических заболеваний. Набор пациентов производился произвольно, в процессе обычного ежедневного врачебного приема, через подписание информированного согласия. Исследование частоты использования различных медицинских вмешательств проводилось с помощью оригинальной анкеты, в которой был указан перечень основных методов, использующихся в консервативном лечении ОА, включая методы с недоказанной эффективностью, биологически активные добавки (БАДы) и народные средства.

Для описания частоты тех или иных медицинских вмешательств были приняты четыре градации: «ежедневно», «несколько раз в неделю», «несколько раз в месяц или по потребности», «не использую». Пациентам предлагалось отметить частоту использования каждого предлагаемого метода лечения в соответствии с предложенными вариантами.

Врач указывал в анкете паспортные данные пациента, даты рентгенологических исследований суставов за последние полгода (если проводились), локализацию и количество пораженных ОА суставов, а также индекс массы тела (ИМТ) пациента на момент заполнения анкеты.

В качестве вероятной детерминанты приверженности к лечению была выдвинута гипотеза влияния возраста, в частности, достижения пациентами — женщинами (подавляющее большинство респондентов) возраста выхода на пенсию. Для этого анкеты были разделены на 2 группы: первая включала респондентов моложе 55 лет, вторая — 55 лет и старше. В дальнейшем сила связи между возрастом и приверженностью к тому или иному методу лечения исследовалась с помощью вычисления отноше-

Таблица 1. Приверженность пациентов с остеоартрозом различным методам лечения

| Метод лечения                                          | Частота использования |           |                        |                                          |
|--------------------------------------------------------|-----------------------|-----------|------------------------|------------------------------------------|
|                                                        | всего                 | ежедневно | несколько раз в неделю | несколько раз в месяц или по потребности |
| Уровень доказанности А                                 |                       |           |                        |                                          |
| НПВП местно                                            | 85,2                  | 14,8      | 22,2                   | 48,1                                     |
| НПВП внутрь                                            | 74,1                  | 9,3       | 13,0                   | 51,9                                     |
| Лечебная гимнастика                                    | 37,0                  | 14,8      | 11,1                   | 11,1                                     |
| Глюкозамин / хондроитин внутрь                         | 35,2                  | 7,4       | 0,0                    | 27,8                                     |
| Парацетамол внутрь                                     | 16,7                  | 1,9       | 1,9                    | 13,0                                     |
| Глюкокортикостероиды внутрисуставно                    | 16,7                  | 0,0       | 0,0                    | 16,7                                     |
| Чрескожная электронейростимуляция                      | 7,4                   | 1,9       | 1,9                    | 3,7                                      |
| Гиалуроновая кислота внутрисуставно                    | 0,0                   | 0,0       | 0,0                    | 0,0                                      |
| Уровень доказанности В                                 |                       |           |                        |                                          |
| Магнитотерапия                                         | 51,9                  | 0,0       | 3,7                    | 48,1                                     |
| Тепло местно                                           | 51,9                  | 11,1      | 9,3                    | 40,7                                     |
| Раздражающие средства местно                           | 37,0                  | 3,7       | 7,4                    | 25,9                                     |
| Холод местно                                           | 1,9                   | 0,0       | 0,0                    | 1,9                                      |
| Уровень доказанности С                                 |                       |           |                        |                                          |
| Эластичный наколенник                                  | 40,7                  | 14,8      | 7,4                    | 18,5                                     |
| Уровень доказанности D либо доказанная неэффективность |                       |           |                        |                                          |
| Народные средства и БАДы                               | 56,5                  | 9,3       | 7,4                    | 37,0                                     |
| Электрофорез местно                                    | 27,8                  | 0,0       | 0,0                    | 27,8                                     |
| Грязелечение, лечебные ванны                           | 18,5                  | 0,0       | 0,0                    | 18,5                                     |
| Ортопедические приспособления (трость)                 | 16,7                  | 11,1      | 1,9                    | 3,7                                      |
| Румалон, артепарон внутримышечно                       | 5,6                   | 0,0       | 0,0                    | 5,6                                      |

Таблица 2. Приверженность различным методам лечения остеоартроза в зависимости от возраста

| Метод лечения                              | Процент респондентов, использующих метод лечения |                                  | ОШ   | ДИ          |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------|------|-------------|
|                                            | моложе 55 лет<br>(32 человека)                   | 55 лет и старше<br>(22 человека) |      |             |
| Тепло местно                               | 37,5                                             | 72,7                             | 0,23 | 0,07 – 0,73 |
| Эластичный наколенник                      | 40,6                                             | 40,9                             | 0,99 | 0,33 – 2,98 |
| Лечебная гимнастика                        | 34,4                                             | 40,9                             | 0,76 | 0,25 – 2,32 |
| Ортопедические приспособления (трость)     | 15,6                                             | 18,2                             | 0,83 | 0,2 – 3,53  |
| Активное снижение веса (диета, упражнения) | 40,6                                             | 36,4                             | 1,2  | 0,39 – 3,67 |
| Магнитотерапия                             | 50,0                                             | 54,5                             | 0,83 | 0,28 – 2,47 |
| Чрескожная электронейростимуляция          | 9,4                                              | 4,5                              | 2,17 | 0,22 – 2,37 |
| Парацетамол                                | 9,4                                              | 27,3                             | 0,28 | 0,06 – 1,25 |
| Глюкозамин / хондроитин                    | 25,0                                             | 50,0                             | 0,33 | 0,1 – 1,06  |
| НПВП внутрь                                | 65,6                                             | 86,4                             | 0,3  | 0,07 – 1,25 |
| НПВП местно                                | 84,4                                             | 86,4                             | 0,85 | 0,18 – 4,01 |
| Раздражающие средства местно               | 28,1                                             | 50,0                             | 0,39 | 0,13 – 1,22 |
| Глюкокортикостероиды внутрисуставно        | 15,6                                             | 18,2                             | 0,83 | 0,2 – 3,53  |
| Румалон, артепарон                         | 3,1                                              | 9,1                              | 0,32 | 0,03 – 3,8  |
| Электрофорез местно                        | 18,8                                             | 40,9                             | 0,33 | 0,1 – 1,06  |
| Грязелечение, лечебные ванны               | 15,6                                             | 40,9                             | 0,27 | 0,07 – 0,96 |
| Народные средства и БАДы                   | 56,3                                             | 59,1                             | 0,89 | 0,3 – 2,67  |

ния шансов (ОШ) и доверительного интервала (ДИ).

Статистическая обработка данных проводилась в программе OpenOffice Calc. При вычислении средних величин учитывалось стандартное отклонение, в случае ненормального распределения указывалась медиана.

## Результаты

Анализ имеющихся в настоящее время 54 анкет позволяет обобщить результаты, касающиеся типичного «портрета» пациента с ОА, а также его приверженности к тем или иным методам лечения. Среди проанкетированных пациентов было 48 (88,8%) женщин и 6 мужчин, средний возраст составил  $53,3 \pm 8,4$  года, давность установки диагноза ОА  $4,8 \pm 2$  года, средний индекс массы тела  $32 \pm 6,8$  кг/м<sup>2</sup> (соответствует ожирению). Следует отметить, что 31,1% пациентов с ОА коленных суставов для уточнения диагноза выполнялась рентгенография, хотя согласно современным рекомендациям при ясном клиническом диагнозе в этом дополнительном методе исследования нет необходимости [3]. Среди проанкетированных пациентов преобладали пациенты с ОА коленных суставов (81,5%), чаще правого (37%).

После обработки анкет, описывающих приверженность пациентов с ОА к тем или иным методам лечения, получены следующие данные (табл. 1). Как показало анкетирование,

большинство пациентов с ОА предпочитают лечиться с частотой несколько раз в месяц или по потребности, а к ежедневному лечению в целом продемонстрировали низкую приверженность.

Среди высокодоказанных средств наиболее востребованными оказались нестероидные противовоспалительные препараты: местно их используют 85,2% пациентов, внутрь — 74,1%. Более половины пациентов упоминают о лечении с помощью магнитотерапии и тепловых аппликаций.

Приверженность к лечебной гимнастике (37%) следует признать удовлетворительной, однако количество пациентов, ежедневно выполняющих физические упражнения, невысокое — всего 14,8%. Ни один из участников анкетирования не указал на использование внутрисуставных инъекций гиалуроновой кислоты, кроме того, обращает на себя внимание низкая приверженность респондентов к локальным холодовым аппликациям (1,9%).

Среди вмешательств с неизвестной или низкой эффективностью лидируют народные средства, БАДы и парафармацевтики (56,5%), уступая только НПВП в общей картине предпочитаемых методов лечения. В качестве используемых средств пациенты указывают настойку мухомора, прополис, глазки картофеля, настойку сирени, золотой ус, крем «Софья», «Бальзам Дикуля», индийский лук, лист ло-

пуха, мокрицу, пихтовые ванны, капустный лист, овечью шерсть и др.

Всего 38,9% респондентов указали, что активно стремятся к снижению веса (контролируют свой вес, придерживаются диеты и увеличивают физическую активность), однако большинство из них делает это нерегулярно. 14,8% опрошенных указали на обучение в образовательной программе (школе), посвященной ОА. Поскольку школы по ОА официально не включены ТФОМС в число оплачиваемых, вероятнее всего пациенты расценивали как школу подробную беседу с врачом, либо врачи проводили групповые занятия с пациентами по собственной инициативе.

Исследование связи возраста и приверженности к лечению продемонстрировало следующие закономерности (табл. 2). Выявлено статистически достоверное увеличение приверженности к местным тепловым процедурам, грязелечению и лечебным ваннам в возрастной группе респондентов 55 лет и старше. Также пациенты старшей возрастной группы чаще используют парацетамол, глюкозамин / хондроитин, НПВП внутрь и раздражающие средства местно, однако это увеличение статистически не значимо.

## Обсуждение

В результате исследования еще раз подтверждено значение ожирения в развитии остеоартрита (средний индекс массы тела проанкетированных пациентов составил  $32 \pm 6,2$  кг/м<sup>2</sup>), а также преимущественное развитие этого заболевания у лиц женского пола. Выявлена статистически достоверная связь между увеличением возраста пациентов с ОА и повышением частоты использования тепловых процедур, грязелечения и лечебных ванн.

Получены данные о высокой приверженности пациентов к использованию НПВП как внутрь, так и местно, а также к локальным средствам лечения в целом. В то же время остается высоким уровень использования вмешательств с сомнительной эффективностью, таких как народные средства и БАДы. К ежедневному лечению как к таковому пациенты с ОА продемонстрировали низкую приверженность. Также далеки от оптимальных приверженность к снижению веса и лечебной гимнастике.

Такая ситуация может быть обусловлена с одной стороны, относительной простотой и доступностью использования НПВП при хорошем анальгетическом эффекте, а с другой — недостаточной информированностью пациентов о роли немедикаментозных методов в лечении ОА, а также сложностью в изменении поведенческих и диетических привычек. По-види-

мому, врачам не удастся в рамках обычного приема в достаточном объеме осветить возможности немедикаментозных методов лечения ОА. Высокий процент использования народных средств, БАДов и парафармацевтиков, вероятно, обусловлен культурными предпочтениями (вера в безопасность и целебные свойства т.н. природной медицины), относительной дешевизной и доступностью этих средств, а также активной рекламой.

Применение таких хорошо доказанных и безопасных методов лечения, как чрескожная электронейростимуляция, препараты на основе глюкозамина/хондроитина и внутрисуставные инъекции гиалуроновой кислоты, вероятно, сдерживает их относительная дороговизна. За счет использования этих средств, а также улучшения приверженности пациентов к гимнастике и низкокалорийной диете, наверняка можно было бы достичь уменьшения потребности в системном приеме НПВП и соответственно уменьшить количество НПВП — ассоциированных осложнений у пациентов с ОА.

Кроме того, следует отметить высокий процент необоснованных рентгенографий коленных суставов, что может быть связано как с диагностической неуверенностью докторов, так и с устаревшими стандартами и экспертными требованиями, вынуждающими врачей проводить клинически бесполезное исследование.

Таким образом, исследование продемонстрировало, что лечение и диагностика ОА в первичном звене далеки от оптимальных. Подобная ситуация наверняка может быть исправлена в лучшую сторону с помощью организации образовательных программ для пациентов с ОА, а также использования научно обоснованных рекомендаций врачами первичного звена и организаторами здравоохранения.

## Литература

1. 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). *Ann Rheum Dis* 2003; 62: 1145-55.
2. Zhang W., Doherty M., Arden N. et al. EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2005; 64 (5): 669-81.
3. Лесняк О. М., Солодовников А. Г., Попов А. А., Максимов Д. М. Клинические рекомендации по диагностике и ведению больных остеоартритом коленных и тазобедренных суставов. Под ред. Лесняк О.М. М.: ГЭОТАР Медиа; 2006.