



На приведенной диаграмме медианы и процентилю обеих групп находятся в одном диапазоне. То есть повышение уровня лептина не соответствует повышению вероятности проявления метаболического синдрома.

Таким образом, наши данные подтверждают, что лептин вовлечен в патогенез артроза и влияет на метаболизм хряща как провоспалительный цитокин с последующим катаболическим влиянием на хрящ. Эффекты лептина в сочетании с механической нагрузкой (ожирением), вызывают активизацию механорецепторов на поверхности хондроцитов, и возможно, являются самыми серьезными факторами, участвующими в развитии гонартроза.

## **НЕЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫЕЗДНОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ОСТЕОАРТРОЗОМ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ**

**Н.Н. Крохина, А.Г. Закроева**

ГБОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург

**Цель исследования.** Оценить эффективность консультативной специализированной ревматологической помощи больным остеоартрозом (ОА), проживающим в сельской местности, на основе анализа динамики клинических проявлений и качества жизни после выездных консультаций ревматолога.

**Материал и методы.** Проведено проспективное исследование среди 189 сельских жителей 10 населённых пунктов Невьянского района Свердловской области, которым ранее при одномоментном популяционном исследовании был выставлен диагноз остеоартроза. Все пациенты на момент диагностики были проконсультированы ревматологом областного ревматологического центра, всем даны стандартные рекомендации по лечению. Повторные осмотры ревматологом проведены через 6 мес. и 1 год. Оценивались клинические проявления остеоартроза, лечение, проводимое пациентом, а также качество жизни по анкете SF-36.

**Результаты.** На момент начала наблюдения большинство пациентов – 156 (82,5%) – отмечали боли в суставах различной давности (от нескольких дней до нескольких месяцев). Через 6 мес. таких пациентов было 124 (66,7%), а через год – 129 (71,3%) ( $p>0,05$ ). Среди 33 больных, которых при первом осмотре боли в суставах не беспокоили, практически половина (14 чел.) через год отметили артралгии. В целом, количество суставов с болью в начале наблюдения в среднем на 1 чел. составило 3,3, через 6 мес. – 2,7, через год – 2,9 ( $p>0,05$ ). За год наблюдения характер болей в суставах у больных ОА достоверно не изменился, все больные отмечали боль только механического ритма. Доля больных, отметивших утреннюю скованность в суставах, не изменилась (39,2% – 27,4% – 37,6%,  $p>0,05$ ). Однако средняя длительность скованности достоверно уменьшилась ( $10,6\pm 0,69$  мин. –  $7,3\pm 0,59$  мин. –  $8,2\pm 0,58$  мин.,  $p<0,0001$ ). В течение года наблюдения не было выявлено изменений в количестве болезненных суставов (50,8% – 45% – 53,6% в три временные точки наблюдения,  $p>0,05$ ), а также в частоте болевого синдрома и синовитов в отдельных группах суставов ( $p>0,05$  по всем группам суставов). Изменения функционального статуса по данным опросника SF-36 у больных ОА за время наблюдения не произошло: физическое функционирование (PF) 60,0 – 70,0 – 65,0,  $p=0,107$ .

Таким образом, за год наблюдения существенной динамики ни клинических проявлений, ни функционального состояния пациентов не произошло. Исключение составили женщины, у которых уменьшилась болезненность коленных суставов (33,1% – 24,8%,  $p<0,05$ ) и улучшился функциональный статус: динамика показателя физического функционирования (PF) по опроснику SF-36 составила 55,0 – 70,0 – 62,5,  $p=0,028$ . При этом качество жизни больных ОА улучшилось почти по всем показателям, включая физическую боль, но динамика произошла только за счет женщин, так как качество жизни мужчин практически не изменилось.

Рекомендации по лечению остеоартроза были даны всем пациентам при включении их в данное исследование. В течение первых 6 мес. наблюдения рекомендованное лечение выполнили хотя бы частично, 93 чел. (50%), а полностью рекомендации выполнили только 5 чел. из 186 (2,7%) больных. В течение следующих 6 мес. наблюдения рекомендации выполнил, хотя бы частично, лишь 81 пациент (44,8%), из них полностью все рекомендации выполнили лишь 3 чел. из 181 (1,7%). Существенно изменился качественный состав проводимого лечения в течение года наблюдения. Доля пациентов с ОА, в любой форме принимавших НПВП, увеличилась с 18,0% до 41,4% ( $p<0,05$ ), а доля больных, использовавших для купирования болевого суставного синдрома анальгетики, практически не изменилась. Интересно, что парацетамол для купирования болевого суставного синдрома больные не использовали ни до, ни после консультации. В течение года наблюдения появились пациенты, которые стали выполнять физические упражнения (10,5%,  $p<0,05$ ) и принимать симптоматические средства медленного действия (глюкозамина сульфат и/или хондроитина сульфат) (16,6%,  $p<0,05$ ). Ряду больных ревматологом ЦРБ г. Невьянска по нашей рекомендации впервые были проведены внутрисуставные или периартикулярные инъекции стероидов. 14 чел. впервые получили физиотерапию. Лишь 5 пациентов из 104

больных, которым было рекомендовано ношение наколенников, воспользовались данной рекомендацией.

Кроме рекомендаций, данных ревматологом, больные проводили и другое лечение по поводу ОА. Так, увеличилась доля пациентов, самостоятельно получавших местное лечение, причём преимущественно различными настойками на основе растений и грибов ( $p < 0,05$ ). Поразительно, но довольно большой группе пациентов стали проводиться внутримышечные инъекции витаминов группы В и РР, а также препаратов т.н. «метаболического действия» (алоэ, АТФ и др.), давно вышедших из всех рекомендаций по лечению ОА.

Таким образом, в анализируемой группе больных ОА практически единственным способом лечения в течение всего времени наблюдения был приём НПВП. Можно предположить, что многие больные впервые узнали о возможности использования препаратов данной группы для лечения ОА, так как до осмотра их ревматологом большинство пациентов (132, 69,8% чел.) по поводу болей в суставах к врачам не обращалось. Поскольку больше половины пациентов, закончивших годовое наблюдение, наши рекомендации не выполняли (100 чел.), закономерно было предположить, что именно они не позволили получить положительной динамики в общей группе.

**Выводы.** В условиях отсутствия постоянного контакта и наблюдения пациента с остеоартрозом врачом первичного звена (врач общей практики), одних консультаций ревматолога, даже регулярных, недостаточно для улучшения состояния пациентов с ОА. Необходимо проведение обучающих программ, а также мотивация и контроль выполнения рекомендаций пациентами, что является наиболее выгодным с точки зрения экономических затрат и улучшения показателей качества жизни.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НАЦИОНАЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОСТЕОАРТРОЗА В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ**

**Д.М. Максимов, О.М. Лесняк**

ГБОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург

**Введение.** Остеоартроз (ОА) является наиболее распространенным заболеванием суставов. Во всех странах, где наблюдается тенденция к старению населения, доля пациентов с ОА неуклонно нарастает. Никакая другая болезнь не затрудняет так ходьбу, подъем по лестнице и другие движения, выполняемые нижними конечностями, как ОА. Несмотря на широкую распространенность этого заболевания, текущую ситуацию по выявлению и адекватному лечению остеоартроза в Российской Федерации следует признать неудовлетворительной, особенно на уровне врачей первичного звена. Приблизительно у половины пациентов с суставными жалобами диагноз ОА остается нераспознанным, в лечении распространены методы с сомнительной эффективностью, неоправданно широко используются инвазивные процедуры, электrolечение, необоснованно часто