

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

назначаются рентгенологические исследования, пациенты и врачи плохо информированы о возможностях немедикаментозного лечения. Кроме того, существуют данные о том, что система эпизодического консультирования специалистами-ревматологами практически не способна повлиять на качество медицинской помощи, если она не поддержана грамотным и регулярным наблюдением врача первичного звена.

Одним из способов улучшения текущей ситуации является предоставление медицинским работникам современной высококачественной информации по диагностике и лечению ОА в виде так называемого клинические руководства (КР). Появляется все больше данных, что КР способны улучшить качество медицинской помощи, исходы у пациентов и удовлетворенность врачей своей работой, кроме того их внедрение улучшает экономическую эффективность здравоохранения. Однако само по себе наличие клинического руководства еще не означает, что его положения автоматически будут использоваться на практике. Недостаточно просто получить высококачественные рекомендации, необходимо предусмотреть, каким образом они будут внедряться, и как оценивать степень их воздействия.

Научные исследования, позволяющие проверить эффективность КР в условиях обычной медицинской практики, относятся к так называемым прикладным испытаниям. Дизайн подобных исследований позволяет учитывать многие особенности реальной медицинской практики – коморбидность пациентов, прием других медикаментов и низкую приверженность к лечению. Одним из вариантов прикладных исследований являются так называемые кластерные рандомизированные испытания (КРИ), в которых в качестве объектов вмешательства выступают не отдельные пациенты, а врачи или медицинские организации различного уровня. Характерным примером кластера является врачебный участок. В рамках КРИ можно проверять, насколько тот или иной метод обучения медицинских работников влияет на качество медицинской помощи и на исходы у их пациентов. В качестве образовательных вмешательств могут выступать дидактические или интерактивные семинары, обучение на рабочем месте, система компьютерных напоминаний, а также предоставление врачам информационных материалов и брошюр для пациентов. Настоящее исследование было попыткой применить дизайн кластерного рандомизированного испытания к решению прикладной задачи – поиску наиболее эффективного и доступного способа внедрения КР в практическое здравоохранение на примере ОА.

Цель исследования. Исследование было направлено на то, чтобы привести лечебно-диагностический процесс в большее соответствие с современными клиническими рекомендациями, и таким образом способствовать клиническому улучшению у пациентов с ОА коленных и тазобедренных суставов.

Материалы и методы. В качестве информационного источника были использованы национальные клинические рекомендации по диагностике и ведению больных остеоартритом коленных и тазобедренных суставов, подготовленные Ассоциацией ревматологов России совместно с Ассоциацией врачей общей практики (семейных врачей) в 2006 году.

Внедрение КР производилось с помощью однодневного дидактического семинара в сочетании с предоставлением врачам информационных материалов и брошюр для пациентов. В процессе исследования проверялась гипотеза о том, способно ли внедрение КР изменить лечение в сторону большего соответствия современным научным доказательствам и улучшить исходы у пациентов с ОА крупных суставов в условиях общей врачебной практики. Для проверки гипотезы был выбран дизайн многоцентрового прикладного кластерного рандомизированного испытания. Кластером в настоящем исследовании являлся врачебный участок с прикрепленным населением. В качестве контроля выступала обычная медицинская помощь, врачи контрольной группы не получали дополнительной информационной поддержки.

Динамика клинического состояния пациентов изучалась с помощью русской версии вопросника VAS WOMAC SF3.1, позволяющего оценить боль, скованность и функциональные ограничения, ассоциированные с ОА. В качестве дополнительных исходов изучались динамика индекса массы тела, количество рентгенографий коленных суставов у пациентов старше 55 лет, потребность в приеме НПВП, приверженность к физическим упражнениям и использование альтернативного лечения (народных средств). Спектр и частота использования пациентами различных медицинских вмешательств изучались с помощью оригинальной анкеты, в которой был указан перечень основных методов, использующихся в консервативном лечении ОА. Пациентам предлагалось отметить, как часто они используют то или иное лечение в соответствии с одним из предложенных вариантов: «ежедневно», «несколько раз в неделю», «несколько раз в месяц или по потребности», «не использую». В случае использования средства альтернативной (народной) медицины пациент указывал его название самостоятельно. Наблюдение за пациентами продолжалось в течение года, исходы изучались в начале эксперимента, а также через 6 и 12 месяцев.

В исследовании согласились участвовать 29 врачей общей практики из различных населенных пунктов Свердловской области и г. Екатеринбурга; 12 из них случайным образом были распределены в основную группу, 17 – в контрольную. Полученные группы врачей были сопоставимы по демографическим характеристикам, профессиональному стажу и уровню изначальных знаний по вопросам диагностики и лечения ОА. Закончили исследование 11 врачей в основной группе и 6 врачей в контрольной. Большинство выбывших врачей сменили место работы или жительства, однако нельзя исключить, что врачи контрольной группы выбывали также из-за более низкой мотивации, так как они не получили такого «вознаграждения», как дополнительное обучение и информационная поддержка. В прикладных испытаниях подобная ситуация нередко является неизбежной, когда в связи с особенностями дизайна использовать плацебо-вмешательство не представляется возможным.

Критериями включения пациентов были возраст до 70 лет, клинический диагноз ОА коленных или тазобедренных суставов при отсутствии других ревматологических заболеваний, конкурентного болевого синдрома и тяжелых состояний, влияющих на прогноз жизни. Набор пациентов осуществлялся произвольно, в процессе обычного врачебного приема,

через подписание информированного согласия. Врачам рекомендовалось включать в исследование от 5 до 10 пациентов, согласных проходить анкетирование в течение года. За время проведения эксперимента врачи, закончившие исследование, набрали 92 пациента, 63 в основной группе и 29 в контрольной. К моменту окончания экспериментальной фазы из основной группы выбыло 13 человек (21%), из контрольной группы – 6 (21%). Выбывшими считались пациенты, не прошедшие все 3 анкетирования. Вероятность того, что пациенты выбывали по причинам, обусловленным экспериментальным вмешательством, была расценена как чрезвычайно низкая, поэтому выбывание считалось полностью случайным.

Среднестатистического пациента полученной выборки можно описать как женщину 55 лет с ожирением 1 степени, страдающую ОА коленных суставов около 5 лет. Подобная характеристика вполне соответствует типичному описанию больного остеоартрозом. Пациенты обеих групп были сопоставимы по основным демографическим характеристикам и индексу массы тела, однако пациенты основной группы имели несколько более выраженные симптомы заболевания, и получали в целом менее интенсивное лечение, чем пациенты группы сравнения.

Результаты. В целом эксперимент продемонстрировал отчетливый эффект от обучения и методической поддержки врачей. В течение года наблюдения у пациентов основной группы была зафиксирована отчетливая тенденция к улучшению всех показателей альгофункционального индекса WOMAC. Через 6 и 12 месяцев от вмешательства уровень боли снизился на 26% и 36%, степень скованности уменьшилась на 24% и 32%, функциональные ограничения уменьшились на 21% и 35% соответственно. В контрольной группе показатели альгофункционального индекса за время наблюдения не претерпели существенной динамики. Кроме того, через 12 месяцев от вмешательства доля пациентов основной группы с клинически значимым улучшением, которое определяется как уменьшение боли и улучшение функциональной активности на 20% от исходных величин и на 10 баллов в абсолютных единицах, достигла 38% по сравнению с 14% в контрольной группе. Однако при сравнении кластерных средних показателей основной и контрольной групп с помощью *t*-теста Стьюдента вероятность случайной ошибки превышала предустановленные 5%, что не позволило назвать результаты статистически значимыми. Вероятными причинами подобной ситуации могли быть оказавшийся недостаточным размер выборки и выраженная внутрикластерная корреляция исходов у пациентов. Подобная корреляция могла быть следствием существенной вариабельности профессиональных характеристик врачей, а также социальных и медицинских условий, в которых находились пациенты различных общих врачебных практик. Таким образом, выявленный эффект был клинически значимым, но статистически неубедительным.

Спектр медицинских вмешательств в основной группе также претерпел существенные изменения. Общее употребление НПВП к концу года возросло практически на 20%, при этом количество пациентов ежедневно принимающих противовоспалительные препараты уменьшилось на 5%. В контрольной группе отмечалось незначительное снижение использования НПВП, как общее, так и ежедневное. Использование парацетамола не

претерпело в группах сравнения существенной динамики. Доля пациентов, ежедневно выполняющих лечебную гимнастику, увеличилась практически в 2 раза, до 40% по сравнению с 24% в контрольной группе. Учитывая то, что приверженность даже к медикаментозному лечению редко превышает 50%, результат можно считать очень хорошим. Также отмечалась слабовыраженная тенденция снижения веса среди пациентов основной группы, но она не была подтверждена статистически. К концу года в основной группе существенно снизилось использование так называемых народных средств – на 42% ($p = 0,03$). В контрольной группе употребление народных средств уменьшилось на 10,5%.

Обсуждение. Выявленное влияние обучения врачей на клиническое течение ОА и приверженность пациентов к различным медицинским вмешательствам выглядит многообещающим, особенно это касается улучшения приверженности к лечебной гимнастике и уменьшения использования средств с недоказанной эффективностью. При этом эффект от внедрения КР оказался существеннее, чем можно было бы ожидать на основании зарубежных исследований. Так, по данным систематического обзора J.M. Grimshaw с соавт., сочетание образовательных семинаров и распространения печатных КР способно улучшить дихотомические показатели профессиональной продуктивности (например, пропорцию пациентов, получавших определенное лечение) приблизительно на 3%. По данным Кокрановского систематического обзора дидактические семинары способны повлиять на клиническую практику в среднем на 6,9%. Несколько неожиданным оказалось увеличение общего использования НПВП пациентами основной группы. Возможно, причиной подобного явления были недостаточно четко сформулированные рекомендации по рациональной терапии НПВП, а также стремление врачей основной группы быстрее добиться клинически значимого эффекта. Хотя нельзя исключить и тот факт, что усиление противовоспалительной терапии было клинически необходимо.

К сожалению, ограниченные объективные и субъективные возможности не позволили провести исследование с «запасом» статистической мощности. Поэтому при сравнении с контрольной группой большинство изменений не удалось убедительно подтвердить статистически (кроме разницы в использовании народных средств через год). Причины этого кроются в изначальном дисбалансе групп сравнения, оказавшемся недостаточным размере выборки и высоком проценте выбывания врачей из исследования, особенно в контрольной группе. Кроме того, была выявлена выраженная зависимость исходов у пациентов в зависимости от того, у какого врача и в каком месте они лечились (выраженная внутрикластерная корреляция). Подобный эффект также требует существенного увеличения размера выборки.

Как бы то ни было, полученные результаты добавляют уверенности в том, что современные клинические рекомендации могут улучшить качество медицинской помощи и исходы у пациентов. Даже с помощью достаточно простых методов обучения и методической поддержки врачей можно оптимизировать медицинскую помощь, приблизив ее к лучшим мировым стандартам. Пример остеоартроза в данном случае является моделью, которая могла бы использоваться при внедрении КР по другим нозологиям. Настоящее исследование

было попыткой осуществить на практике пока малоизвестный в Российской медицинской науке тип исследования – прикладное кластерное рандомизированное испытание. Хотя эта попытка оказалась лишь отчасти удачной, полученный научный и практический опыт поможет более качественно планировать будущие исследования, а также послужит еще одной ступенью, облегчающей путь медицинских инноваций в практическое здравоохранение.

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ СВЕТОТЕРАПИИ ПРИБОРОМ БИОПТРОН В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И ОСТЕОАРТРОЗА

Л.А. Шардина, Е.В. Прохоренко, Т.А. Попова, И.Г. Ивашова, Е.Ю. Ган

ГБОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России,
МАУ «ГКБ № 40», ГУЗ «СОКБ № 1», г. Екатеринбург

Ревматические заболевания, в частности, ревматоидный артрит (РА) и остеоартроз (ОА), по частоте встречаемости среди населения занимают второе место после острых респираторных заболеваний. Пациенты с указанной патологией вынуждены почти постоянно принимать лекарственные средства от боли и воспаления. А это значит, что с течением времени у них могут появиться побочные эффекты от принимаемых препаратов в виде поражения желудочно-кишечного тракта, печени и почек. В связи с этим поиск методов лечения и профилактики, способствующих натуральному воздействию на воспалительный процесс, снятию боли и уменьшению количества принимаемых лекарств, заслуживает повышенного внимания.

Особенности цивилизация и образа жизни современного человека, как правило, не дают ему возможность получать естественным путем такой объем солнечных лучей, какой ему предоставляет природа, что создает определенные предпосылки к ухудшению здоровья. Дефицит белого видимого света ощущает весь организм, но особенно заметно на его недостаток реагирует нервная система: возникают вялость и сонливость, снижается работоспособность, а порой развивается и депрессия. Другая регулирующая система – эндокринная – также отрицательно реагирует на дефицит белого видимого света: она дает сбой в ритмичности своей деятельности, поскольку синтез 20 гормонов в организме человека является, как установлено, светозависимым процессом. Недостаток естественного солнечного света приводит к ослаблению функционирования и иммунной системы, что имеет следствием развитие иммунодефицита. Таким образом, три важнейшие системы, регулирующие здоровье человека, оказываются в состоянии функциональной напряженности и негативно отражаются на качестве его жизни.

В последние 10-15 лет в России широким внедрением в лечебную практику отличается уникальный прибор «Биоптрон» (ПБ), который позволяет человеку за 4-8 минут получить необходимую дозу белого видимого света, сравнимого с солнечным. Причем влияние такого света на организм сохраняется в течение 24-х часов. Данный прибор выпускается