

Патогенетическое лечение остеоартроза

А.Е. Михайлова, Р.Н. Протопопова, Ш. Ф. Эрдес

Оценено влияние патогенетического лечения при остеоартрозе (ОА) на качество жизни в условиях г. Якутска. Исследованы 50 больных ОА в возрасте 40–69 лет. Определены критерии эффективности терапии: опросник SF–36, клиническая оценка болевого синдрома по функциональному индексу Лекена. Терапия глюкозамин сульфатом больных ОА привела к уменьшению болевого синдрома и улучшению показателей качества жизни (КЖ). Патогенетическое лечение ОА приводит к улучшению КЖ.

Ключевые слова: остеоартроз, лечение, глюкозамин сульфат, SF–36.

To assess Glucosamin sulfat efficacy in treatment of osteoarthritis. 50 pts with osteoarthritis were included. Functional Lecen score (FLS), SF – 36 were regarded as variables for the evaluation of therapy efficacy. Glucosamin sulfat is an effective drug for treatment of osteoarthritis.

Key words: osteoarthritis, treatment, Glucosamin sulfat, SF – 36.

Первичный ОА (по Международной классификации – остеоартрит) – одно из самых распространенных заболеваний, при котором в патологический процесс вовлекаются гиалиновый хрящ, субхондральная кость, синовиальная оболочка и другие структуры сустава, такие как внутрисуставные связки, суставная капсула и прилежащие к суставу мышцы и сухожилия.

По данным официальной статистики Российской Федерации (1998 г.), распространенность ОА за последние годы возросла на 35% [6].

Проблема ОА в Республике Саха (Якутия) является одной из наиболее значимых медицинских проблем ввиду специфики климатогеографических факторов Севера, более низкого уровня развития социальной инфраструктуры по сравнению с центральными регионами России, недостаточного уровня развития медицинской помощи и реабилитации больных с патологией опорно-двигательного аппарата. Известно, что ОА лидирует в структуре болезней костно-мышечной системы. Сравнительный анализ зарегистрированной заболеваемости XIII класса болезней за 2000 г. в Республике Саха (Якутия) на 1000 населения свидетельствует, что заболеваемость по данному классу в 2–3 раза превышает показатели по Российской Федерации. По данным государственной статистики, временная

нетрудоспособность в 1997 г. по болезням костно-мышечной системы в республике составила 7,2 на 100 работающих, тогда как по Российской Федерации – соответственно 6,0, а в 2002 г. увеличилась до 9,1. Данные первичной инвалидности за 1999 г. свидетельствуют, что болезни костно-мышечной системы (2,9 на 10000 населения) прочно занимают третье место после болезней органов кровообращения (8,4 на 10 000 населения) и злокачественных новообразований (4,5 на 10 000 населения).

По данным многих авторов, инвалидность при ОА обусловлена в первую очередь выраженными нарушениями функции суставов, которые приводят к экономическому ущербу и позволяют поставить задачу по предупреждению инвалидизации путем своевременного адекватного лечения больных в активной фазе заболевания, дальнейшей профилактики его обострений и прогрессирования при диспансерном наблюдении [3].

При ОА возрастающая составляющая расходов приходится на лекарственную терапию. Лечение ОА остается сложной проблемой в современной медицине [9]. Улучшение результатов консервативной терапии ОА может существенно сказываться на прямых издержках, так как в случае прогрессирования заболевания и, в частности, развития костных деструкций, необходимо выполнение дорогостоящих хирургических методов лечения (артропластики, эндопротезирования суставов и др.) [10, 12].

Хорошо известно, что значительные экономические затраты при ОА обусловлены так на-

МИХАЙЛОВА Анна Ефремовна – м.н.с. ИЗ АН РС(Я); ПРОТОПОПОВА Раиса Николаевна – к.м.н., с.н.с., рук. группы ИЗ АН РС(Я); ЭРДЕС Шандор Федорович – д.м.н., зам. директора по научной работе Института ревматологии РАМН.

зываемыми компенсационными издержками, связанными с необходимостью купирования отрицательных последствий применения того или иного метода лечения. При этом следует отметить, что даже кратковременный прием небольших доз стандартных НПВП может вызвать развитие патологии со стороны желудочно-кишечного тракта, нарушение функции почек и другие осложнения [13, 14].

Появление новой группы препаратов, обладающих потенциальными структурно-модифицирующими свойствами [1, 8, 11] и превосходящих по стоимости традиционно используемые для лечения ОА лекарственные средства, диктует необходимость всесторонней оценки их применения.

Эффективность и безопасность глюкозамин сульфата продемонстрирована во многих зарубежных исследованиях и он считается на сегодняшний день препаратом, замедляющим прогрессирование заболевания [7, 9].

Исследователи считают [4], что структур (хондроитин сульфат) («Пьер Фабр», Франция) является перспективным препаратом для лечения ОА, так как влияет на основные механизмы развития заболевания. По результатам многоцентрового клинического исследования этого препарата в России получены данные о том, что структур является эффективным препаратом для лечения ОА, уменьшает боль, сохраняет и улучшает функцию сустава позволяет снизить дозу применяемых НПВП, а в ряде случаев позволяет отказаться от них и прекрасно переносится [5].

По данным других авторов [2], назначение таких хондропротекторов, как румалон и артепарон больным, с исходно высоким уровнем антител к гликозаминогликанам (ГАГ) нецелесообразно и может привести к обострению заболевания, в частности, к развитию вторичного синовита.

Таким образом, структурно-модифицирующие препараты требуют дальнейшего изучения. В связи с этим возникает необходимость оптимизации лечебных мероприятий, чтобы снизить связанные с артрозом ограничения функциональных возможностей пациентов, а также для снижения затрат на медицинское обслуживание и лечения осложнений, связанных с терапией для снижения до минимума риска побочных лекарственных реакций и сохранения функций суставов.

Нами проведено исследование эффективности глюкозамина сульфата (Дона) в терапии больных ОА в г. Якутске.

В качестве критериев оценки эффективности глюкозамин сульфата нами были использованы: клиническая оценка болевого синдрома по функциональному индексу Лекена (ФИЛ) и опросник SF-36.

Опросник SF-36 обладает высокой надежностью и прошел русскоязычную адаптацию в Межнациональном центре исследования качества жизни в г. Санкт-Петербурге. SF-36 оценивает 8 аспектов здоровья, касающихся физических ограничений и умственного состояния пациентов, и включает в себя физическое функционирование (физическая подвижность), функциональную активность, социальную активность, самочувствие и ощущение боли.

В таблице отражена динамика болевого синдрома при гонартрозе.

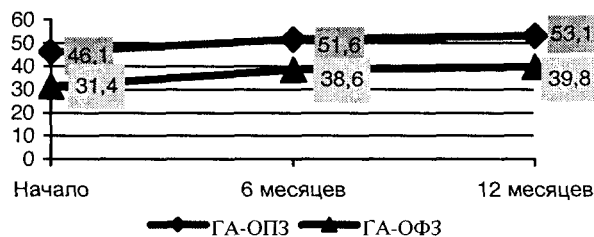
Как видно, при оценке выраженности боли с помощью ФИЛ отмечены достоверные различия через 6 месяцев от начала лечения.

На рисунке представлены две основные характеристики КЖ – физическое (ОФЗ) и психо-

Таблица 1

Характеристика болевого синдрома у больных гонартрозом (n=50)

Боль	Перв., %	6 мес., %
Ночная боль:		
а) только при движениях или в определенном положении	36	0
б) даже без движений	10	18
Утренняя скованность и боль после вставания с постели:		
а) менее 15 мин	88	100
б) 15 мин и более	12	0
Усиление боли после стояния в течение 30 мин	42	4
Боль возникает при ходьбе:		
а) только после прохождения определенной дистанции	80	100
б) с самого начала и затем усиливается	20	0
Боль или дискомфорт при вставании из положения сидя	98	82



Динамика КЖ в течение года наблюдения при гонартрозе. Сокращения: ГА-ОПЗ – ОПЗ, ГА-ОФЗ – ОФЗ

логическое (ОПЗ) здоровье, которое показывает отчетливую положительную динамику ($p < 0,0001$).

Таким образом, на основании проведенного исследования можно сказать, что только патогенетическое лечение улучшает качество жизни больных ОА. И одним из «базисных препаратов» в лечении данного заболевания является глюкозамин сульфат, который оказывает симптомо-модифицирующее действие, значительно лучше переносится, чем НПВП, и препятствует прогрессированию ОА, что в свою очередь предупреждает развитие инвалидности, исключает необходимость хирургического вмешательства и снижает экономические затраты общества.

Литература

1. Алексеева Л.И., Беневоленская Л.И., Насонов Е.Л. и др. Структур – новый эффективный препарат для лечения остеоартроза // Рос. ревм. – 1999. – № 1. – С. 28–32.
2. Заводовский Б.В., Коваленко Е.А., Фофанов Н.А. и др. Связь уровня антител к гликозаминогликанам хряща у больных остеоартрозом с эффективностью лечения хондропротекторами // Тер. архив. – 1999. – № 5. – С. 47–50.
3. Максакова Е.Н., Болотина А.Ю., Трофимова Т.М. и др. Вопросы инвалидизации больных ревматическими заболеваниями // Ревм. – 1980. – № 1. – С. 51–54.
4. Насонов Е.Л., Алексеева Л.И. Хондроитин-сульфат (структур) при лечении остеоартроза: патогенетическое обоснование и клиническая эффективность // Тер. архив. – 2001. – № 11. – С. 87–89.
5. Насонова А.В., Алексеева Л.И., Архангельская Г.С. и др. Итоги многоцентрового клинического исследования препарата структур в России // Тер. архив. – 2001. – № 11. – С. 84–87.
6. Фоломеева О.М., Амирджанова В.Н., Якушева Е.О. и др. Анализ структуры XIII класса болезней // Рос. ревм. – 1998. – № 1. – С. 2–7.
7. Цветкова Е.С., Иониченок Н.Г. Дона – патогенетически обоснованное применение при остеоартрозе // Ревм. – 2003. – № 2. – С. 35–37.
8. Elders M. J. The increasing impact of arthritis on public health // J – Rheumatol – Suppl. 2000 Oct.
9. Hochberg M.C., Altman R.D., Brandt K.D. et al. Guidelines for the medical management of osteoarthritis. Arthr. And Rheum. 1995; 38 (11): 1535–1540.
10. Liang M.H., Cullen K.E., Larson M.G. et al. Cost – effectiveness of total joint arthroplasty in osteoarthritis // Arthritis. Rheum. – 1986. – Vol. 29. – P. 937–943.
11. Mazieres B., Combe B., Phan-Van A. et al. Chondroitin sulfate in osteoarthritis of the knee: a prospective, double blind, placebo controlled multicenter clinical study. – M. J. Rheumatol. 2001 Jan; 28 (1): 73–81.
12. Sanders D.P., McKinney F.W., Hams W.H. Clinical evaluation and cost effectiveness of preoperative laboratory assessment on patient undergoing total hip arthroplasty // Orthopedics. – 1989. – Vol. 12. – P. 1449–1453.
13. Whelton A., Watson J. Non-steroidal anti-inflammatory drugs: effect on kidney function // De Broe M. E. Et al., eds. Clinical nephrotoxins: renal injury from drugs. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1997. 209–222.
14. Wolfe M.M., Lichtenstein D.R. Gastrointestinal toxicity of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. N. Engl. J. Med. 1999; 340: 1888–1899.



УДК 616–036.22:616.1

Оценка состояния здоровья населения г. Якутска по программе CINDI

В.Г. Кривошапкин, Т.М. Климова

Проведена оценка распространенности поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний по протоколам Международной программы ВОЗ–CINDI среди женского и мужского населения г.Якутска. С применением стандартных методов эпидемиологического исследования и унифицированных критериев оценки факторов риска на случайной репрезентативной выборке из неорганизованного населения г.Якутска 25–64-летнего возраста изучена распространенность поведенческих факторов неинфекционных заболеваний. Установлено, что в популяции широко распространены факторы риска, ассоциированные

КРИВОШАПКИН Вадим Григорьевич – д.м.н., проф., директор ИЗ АН РС(Я); КЛИМОВА Татьяна Михайловна – к.м.н., с.н.с., рук. группы ИЗ АН РС(Я).