

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОСТЕОАРТРИТА В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Долгова Е.А.¹, Ракита Д.Р.²

¹ ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Минздрава России», Рязань, Россия (390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9), e-mail: dolgova-ea@yandex.ru

² Рязанский областной клинический кардиологический диспансер, г. Рязань, ул. Стройкова, д. 96

В статье представлены данные ретроспективного фармакоэпидемиологического анализа лечения пациентов с диагнозом остеоартроз в ревматологическом отделении Рязанской ОКБ в 2009–2011 гг. Было выявлено широкое назначение нестероидных противовоспалительных препаратов как пероральных, так и инъекционных форм. При этом у значительной части больных диагностировано поражение желудочно-кишечного тракта и практически все госпитализированные имели сопутствующие заболевания, ухудшающие их состояние и требующие дополнительных лекарственных назначений. Обнаружено частое использование нежелательных комбинаций лекарственных препаратов, полипрагмазия в некоторых случаях, низкая частота применения структурно-модифицирующих препаратов и частое использование «прочих» лекарственных средств. Направление на установление или усиление группы инвалидности было рекомендовано для трети госпитализированных, что свидетельствует о недостаточной эффективности терапии данного заболевания.

Ключевые слова: остеоартрит, фармакоэпидемиология, хондроитина сульфат, гиалуроновая кислота.

PHARMACOEPIDEMIOLOGY OF OSTEOARTHRITIS IN THE RYAZAN REGION

Dolgova E.A.¹, Rakita D.R.²

¹ Ryazan State Medical University named after Acad. I.P. Pavlov

² Ryazan Regional Clinical Cardiology Dispensary

This article presents a retrospective pharmacoepidemiological analysis of the medical treatment of patients with osteoarthritis in the rheumatology department hospital in Ryazan in 2009 - 2011 years. It was revealed the broad purpose of nonsteroidal anti-inflammatory drugs, both oral and injectable forms. A significant proportion of patients was diagnosed with the lesion of the gastro intestinal tract, and almost all patients were hospitalized with such comorbidities that worsen their condition and require additional medical appointments. It was found a frequent use of undesirable combinations of drugs, polypharmacy, in some cases, the low incidence of structural-modifying drugs and the frequent use of "other" drugs. It was recommended for a third of hospitalized patients to determine or to strengthen the disability group. So it proves a lack of therapeutic effectiveness for this disease.

Keywords: osteoarthritis, pharmacoepidemiology, chondroitin sulfate, hyaluronic acid.

Введение

Распространенность остеоартрита (ОА) в России составляет более 20 на 1000 населения в возрасте 18 лет и старше, первичная заболеваемость превышает 5 на 1000 взрослого населения. Ежегодно в России впервые регистрируется около 600 тысяч случаев ОА [4]. Прогнозируют, что к 2020 году встречаемость ОА в популяции может достичь 57%. При этом наблюдается тенденция роста заболеваемости за счет возрастной группы моложе 45 лет [7]. Согласно отчету ВОЗ о социальных последствиях заболеваний, ОА коленных суставов занимает 4-е место среди причин нетрудоспособности у женщин и 8-е – у мужчин [1]. К приоритетным задачам современной медицины относится повышение качества жизни больных, снижение инвалидности и смертности. Эффективность препаратов, безопасность и перспективы их использования при актуальных заболеваниях можно определить с помощью фармакоэпидемиологических методов. Фармакоэпидемиология является составной частью

клинической фармакологии, использующей эпидемиологические методы исследования в изучении лекарственных препаратов, прошедших регистрацию и разрешенных к применению [3].

Цель исследования

Провести фармакоэпидемиологический анализ лечения полиостеоартроза в ревматологическом отделении Рязанской ОКБ и оценить его соответствие национальным и международным рекомендациям.

Материал и методы исследования

Проведено открытое фармакоэпидемиологическое ретроспективное исследование, основанное на анализе 300 историй болезни пациентов с диагнозом полиостеоартроз, проходивших стационарное лечение в РОКБ в 2009–2011 гг. Выбор историй болезни (форма 003/у) осуществлялся сплошным методом. На каждый случай заполнялись специально разработанные индивидуальные регистрационные карты.

Результаты и обсуждение

Были выявлены половые различия встречаемости ОА. Соотношение мужчин и женщин: 1:4,8 (17,33 и 82,67% соответственно). Средний возраст больных составил $58 \pm 9,98$ года, причем основная масса от 51 до 70 лет (65,33%). У большинства пациентов были установлены 2 и 3 стадии развития заболевания (52,67 и 46% соответственно). Выраженный болевой синдром при поступлении отмечен у 72,33% госпитализированных. Практически во всех случаях выявлено поражение коленных суставов (95,67%). ОА чаще встречается у людей старшего возраста, которые имеют большое количество сопутствующих заболеваний. В нашем исследовании 98% пациентов имели сопутствующие заболевания, из которых 75,33% страдали гипертонической болезнью, 38,67% ИБС, 59% остеохондрозом позвоночника, 32,67% хроническим пиелонефритом (рис. 1).

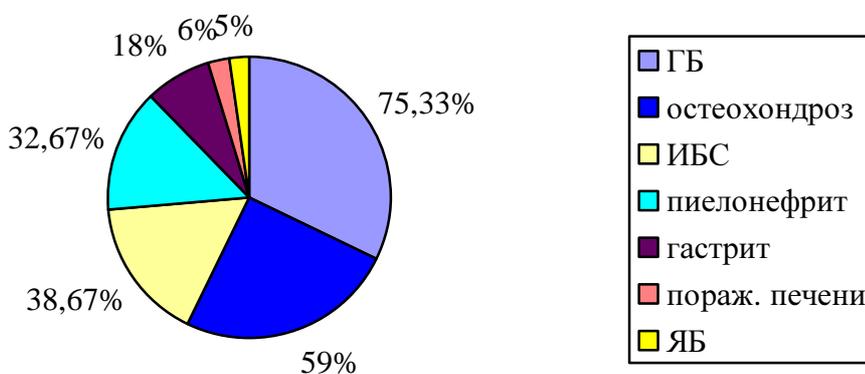


Рис. 1. Характер распределения сопутствующих заболеваний при ОА.

Поражение желудочно-кишечного тракта выявлено у 29% больных, из которых 62% страдают хроническим гастритом. Следует отметить недостаточную диагностику поражений желудка и кишечника, не всем больным была проведена ФГДС, и в некоторых случаях установленный диагноз не внесен в число сопутствующих.

Основные задачи лечения ОА: устранение внешних причин, способствующих развитию ОА и его прогрессированию; уменьшение проявлений реактивного артрита; улучшение обмена суставного хряща и восстановление функции пораженных суставов. Согласно рекомендациям EULAR, для лечения ОА применяют симптом-модифицирующие: парацетамол, местные аппликации, НПВП, опиоидные анальгетики и структурно-модифицирующие препараты: глюкозамин сульфат, хондроитин сульфат, неомыляемые соединения авокадо/сои, диацереин и гиалуроновую кислоту [6].

НПВП уменьшают боль, припухлость, скованность, улучшают функцию суставов. Практически всем больным в отделении назначались НПВП (рис. 2).

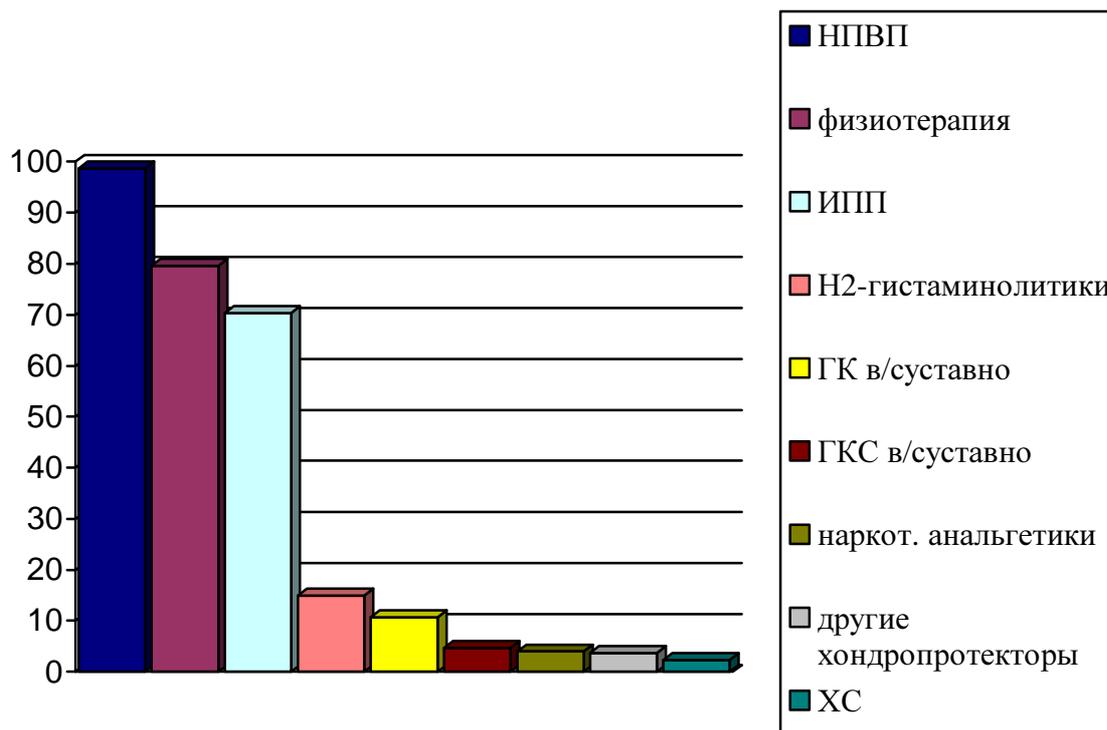


Рис. 2. Лекарственная терапия в отделении.

Селективные ингибиторы ЦОГ-2 лучше переносятся пациентами с ОА из-за уменьшения частоты побочных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта, почек, печени, а также не влияют на синтез гликозаминогликанов и способны положительно воздействовать на ремоделирование костной ткани, так как активация остеокластов происходит при активном

участии ЦОГ-2 [5]. Селективные НПВП получали 71,67% больных, неселективные – 70,33%. Внутримышечно вводили НПВП в 78,67% случаев, пероральный прием – 80,33%. В первые сутки лечения в отделении в большинстве случаев назначались неселективные НПВП парентеральным путем с переходом через 3–5 дней на регулярный пероральный прием селективных НПВП. Наркотические анальгетики назначались в 4% случаев при интенсивном болевом синдроме и неэффективности НПВП. Внутрисуставные инъекции глюкокортикостероидов проводились 4,67% больным.

Болезнь-модифицирующая терапия у больных гонартрозом должна начинаться на ранних стадиях заболевания [2]. Структурно-модифицирующие препараты влияют на замедление темпов прогрессирования заболевания, стабилизацию структурных изменений в гиалиновом хряще, а также профилактику изменений в неповрежденном суставе. Хондропротекторы назначались 16,7% пациентов, 64% из которых получали инъекции гиалуроновой кислоты внутрисуставно 1 раз в неделю, 14% хондроитина сульфат в капсулах по 500 мг 2 раза в день. Для предупреждения ulcerогенного эффекта при длительном приеме НПВП показано применение ингибиторов протонной помпы. При анализе терапии ОА в ревматологическом отделении ОКБ назначение препаратов данной группы было выявлено у 70,33% больных, H₂-гистаминолитики у 15% больных. Физиотерапевтическое лечение включало лазеротерапию, магнитотерапию, элетрофонофорез, БИМП, аппликации озокерита, йодобромные ванны, массаж, лечебную физкультуру и проводилось в 79,67% случаев.

Учитывая большое количество сопутствующих заболеваний, важно избежать полипрагмазии. При госпитализации в отделение среднее количество препаратов, назначаемых одному пациенту, составило $6 \pm 2,4$. 64,67% больных получали более 5 препаратов в отделении. Часто встречались нежелательные комбинации гипотензивных препаратов и НПВП, в результате которых эффективность гипотензивной терапии снижается.

Улучшение при выписке отмечено у 81,67% госпитализированных, и 18,33% выписаны без динамики или с незначительным улучшением. При выписке 98,67% пациентам рекомендованы НПВП (рис. 3).

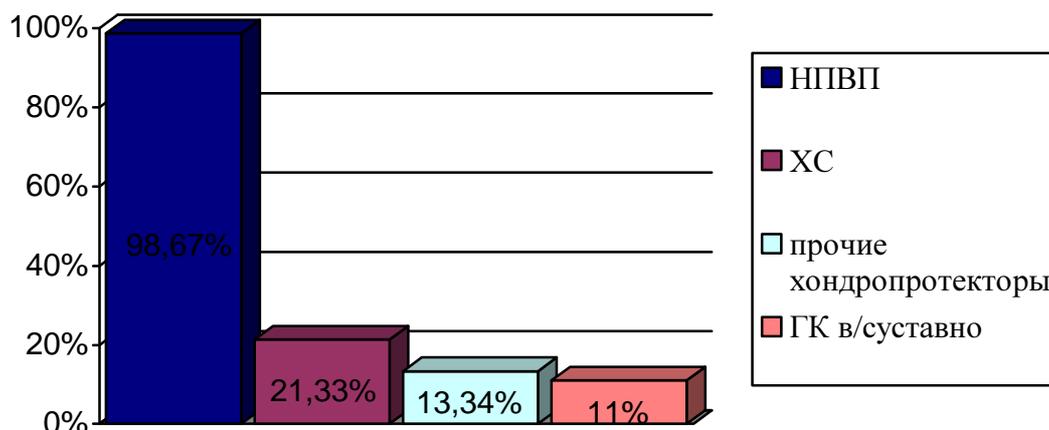


Рис. 3. Рекомендации при выписке.

Хондропротекторы рекомендовались 45,67% больных, из которых 24% – введение гиалуроновой кислоты в коленные суставы курсами от 3 до 5 инъекций в год, 46,7% – пероральный прием хондроитина сульфата по 500 мг 2 раза в день в течение 3-6 месяцев.

О социально-экономических последствиях ОА можно судить по количеству больных, утративших трудоспособность. При анализе историй болезни 44% пациентов имели группу инвалидности на момент поступления в стационар, из которых 66,7% – инвалиды 2 группы и 4,7% – инвалиды 1 группы. При выписке было рекомендовано направить на установление/усиление группы инвалидности 32% пролеченных.

Выводы

В целом лечение больных ОА соответствовало национальным и международным рекомендациям. Однако были выявлены некоторые недостатки, такие как частое использование нежелательных комбинаций лекарственных средств, полипрагмазия в некоторых случаях, недостаточное назначение ингибиторов протонной помпы. Данные ретроспективного фармакоэпидемиологического исследования свидетельствуют о низкой частоте применения хондропротекторов, частом использовании «прочих» лекарственных препаратов.

Список литературы

1. Коваленко В.Н., Борткевич О.П. Остеоартроз : практическое руководство. – 2-е изд., перераб. и доп. – Киев : Морин, 2005. – 592 с.

2. Светлова М.С. Гонартроз ранних стадий: клинко-инструментальная, лабораторная характеристика и болезнь-модифицирующая терапия : дис. ... д-ра мед. наук. – Ярославль, 2009. – 223 с.
3. Фармакоэкономика и фармакоэпидемиология – практика приемлемых решений / под ред. В.Б. Герасимова, А.Л. Хохлова, О.И. Карпова. – М. : Медицина, 2005. – 352 с.
4. Фоломеева О.М., Эрдес Ш. Ревматические заболевания у взрослого населения в федеральных округах Российской Федерации // Научно-практическая ревматология. – 2006. – № 2. – С. 4-10.
5. Чичасова Н.В. Проблема боли при остеоартрозе // Лечащий врач. – 2007. – № 2. – С. 50-56.
6. Jordan K.M., Arden N.K., Doherty M. et al. 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. – P. 1145–1155.
7. Sangha O. // Rheumatology. – 2000. – Vol. 39. – P. 3–12.

Рецензенты

Низов Алексей Александрович, д.м.н., профессор, зав. кафедрой внутренних болезней с курсом поликлинического обучения ГБОУ ВПО «РязГМУ», г. Рязань.

Якушин Сергей Степанович, д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии ГБОУ ВПО «РязГМУ», г. Рязань.