

Пациент с остеоартритом на амбулаторном приеме. Нерешенные проблемы

Ю. А. Лушпаева, ORCID: 0000-0003-4616-1259, Author ID: 744366, lushpaevay@mail.ru

ФГБОУ ВО ТюмГМУ Минздрава России; 625023, Россия, Тюмень, ул. Одесская, 50

Резюме. Целью исследования было выявление возможных проблем диагностики, междисциплинарного взаимодействия и причины дефектов терапии пациентов с остеоартритом на амбулаторном приеме, а также оценка эффективности и безопасности применения в рутинной клинической практике у пациентов с остеоартритом коленных суставов препарата, основой которого является биоактивный концентрат мелких морских рыб. Проанализированы результаты амбулаторного приема ревматолога и истории болезни 2312 пациентов с направительным диагнозом «остеоартрит» различной локализации. Оказалось, что из всех обратившихся к ревматологу пациентов с направительным диагнозом «остеоартрит» 47% направлений можно расценить как безосновательные. Было обнаружено, что 45% пациентов даже при установленном достоверном диагнозе «остеоартрит» на амбулаторном приеме терапия назначалась не в полном объеме и не соответствовала рекомендациям по ведению данной категории больных. После двух курсов (в течение года) лечения препаратом на основе биоактивного концентрата мелких морских рыб эффектом от терапии были удовлетворены 67% пациентов с остеоартритом коленных суставов, отметившие снижение интенсивности боли, улучшение функции суставов и качества жизни. В группе наблюдения не было зарегистрировано нежелательных явлений. Несмотря на то, что в настоящее время проблема остеоартрита хорошо освещена, в реальной клинической практике на этапе первичного звена врачи нередко сталкиваются со сложностями решения как диагностических, так и терапевтических задач. В связи с этим возникает острая необходимость в пересмотре и адаптации к рутинной амбулаторной практике междисциплинарных алгоритмов ведения больных остеоартритом, с определением порога вмешательства врача первичного звена и специалиста. Существует также необходимость в разработке и внедрении в рутинную клиническую практику оптимизированных шкал/опросников для динамической оценки качества жизни пациентов с остеоартритом коленных суставов. Проведенное исследование демонстрирует достаточно высокую эффективность, безопасность и доступность препарата на основе биоактивного концентрата мелких морских рыб, а лечение данным препаратом может широко применяться в комплексной терапии остеоартрита коленных суставов.

Ключевые слова: амбулаторный прием, остеоартрит коленного сустава, лечение.

Для цитирования: Лушпаева Ю. А. Пациент с остеоартритом на амбулаторном приеме. Нерешенные проблемы // Лечащий Врач. 2021; 10 (24): 50-55. DOI: 10.51793/OS.2021.24.10.009

A patient with osteoarthritis at an outpatient appointment. Unresolved problems

Yulia A. Lushpaeva, ORCID: 0000-0003-4616-1259, Author ID: 744366, lushpaevay@mail.ru

FSBEI HE TSMU of the Ministry of Health of the Russian Federation; 50 Odesskaya str., Tyumen, 625023, Russia

Abstract. The purpose of the study was to identify the problems of diagnosis, interdisciplinary interaction and the causes of defects in the treatment of patients with osteoarthritis on an outpatient basis, as well as to assess the efficacy and safety of using the medicine from bioactive concentrate of small marine fish, in routine clinical practice in patients with knee osteoarthritis. The results of an outpatient reception hours with a rheumatologist and case histories of 2312 patients with a referral diagnosis of osteoarthritis of various localization were analyzed. It turned out that 47% of all referrals to a rheumatologist with a referral diagnosis of osteoarthritis can be regarded as unfounded. It was found that 45% of patients, even with an established reliable diagnosis of osteoarthritis, on an outpatient basis, therapy was not prescribed in full and did not comply with the recommendations for the management of this category of patients. After 2 courses (within a year) of treatment with a drug based on a bioactive concentrate of small marine fish, 67% of patients with osteoarthritis of the knee joints were satisfied with the effect of therapy, noting a decrease in pain intensity, an improvement in knee joint function and quality of life. No adverse events were reported in the observation group. Despite the fact that at present the problem of osteoarthritis is well covered, in real clinical practice at the stage of primary care physicians often face difficulties in solving both diagnostic and therapeutic problems. In this regard, there is an urgent need to revise and adapt to the routine outpatient practice of interdisciplinary algorithms for managing patients with osteoarthritis, with the determination of the intervention threshold of a primary care physician and a specialist physician. However, there is a need to develop and introduce into routine clinical practice optimized scales/questionnaires for dynamic assessment of the quality of life of patients with knee osteoarthritis. The study demonstrates a fairly high efficacy, safety and availability of a drug based on a bioactive concentrate of small marine fish, and treatment with this drug can be widely used in the complex therapy of osteoarthritis of the knee joints.

Keywords: out-patient reception hours, knee osteoarthritis, treatment.

For citation: Lushpaeva Yu. A. A patient with osteoarthritis at an outpatient appointment. Unresolved problems // Lechaschi Vrach. 2021; 10 (24): 50-55. DOI: 10.51793/OS.2021.24.10.009

Согласно официальной статистике, остеоартрит (ОА) занимает ведущее место по распространенности среди ревматических заболеваний. По данным разных авторов, распространенность ОА в популяции колеблется от 5% до 18% [1, 2]. В РФ к 2017 г. зарегистрированы более 4 млн пациентов с ОА, что составляет четверть всех болезней костно-мышечной системы (БКМС). При этом практически во всех федеральных округах за 5 лет (2013-2017 гг.) зафиксирован прирост числа пациентов с ОА [2].

Считается, что в реальной амбулаторной практике в 80% случаев пациенты с ОА наблюдаются у терапевтов и врачей смежных специальностей [3]. Собственный опыт демонстрирует, что большая часть (74%) всех осмотренных пациентов обращается или направляется к ревматологу именно с ОА различной локализации. Как следствие, доля пациентов с воспалительными заболеваниями суставов и позвоночника, а также системными аутоиммунными болезнями на специализированном приеме составляет всего 26%, что может являться одной из основных причин поздней диагностики ревматической патологии.

Проведен анализ 2312 специализированных приемов ревматолога и историй развития болезни пациентов с направительным диагнозом «остеоартроз». Пациенты были направлены участковым терапевтом или по рекомендации узких специалистов (хирурга, травматолога, невролога).

Оказалось, что наибольшее количество пациентов — 1364 (59%) — было направлено к ревматологу с диагнозом «гонартроз» (табл. 1). Из них 505 (37%) имели достоверные, подтвержденные различными методами инструментального обследования, внутрисуставные повреждения (разрывы менисков 3b стадии по Столлеру, патология связочного аппарата различной выраженности и давности), выраженные деформации суставов на фоне 3-4 рентгенологической стадии, бурситы различной локализации. Направление данных пациентов к ревматологу было необоснованным, так как они нуждались прежде всего либо в хирургическом вмеша-

тельстве, либо в локальной инъекционной терапии, либо в реабилитационных мероприятиях.

518 (38%) из всех пациентов с ОА коленных суставов (КС), обратившихся к врачу-ревматологу, до его консультации уже были осмотрены узкими специалистами поликлиник (хирургами, травматологами-ортопедами). Среди рекомендаций была следующая: «наблюдение и лечение у ревматолога (или терапевта)», при этом отсутствовало назначение адекватной немедикаментозной и лекарственной терапии.

С направительным диагнозом «ОА тазобедренных суставов» были проконсультированы 277 (12%) из всех направленных с ОА пациентов (табл. 1). Однако после осмотра пациентов, анализа медицинской документации и результатов обследования первичный коксартроз подтвержден только у 30% из направленных. У подавляющего же большинства больных (70%) диагноз ОА тазобедренных суставов был снят. При этом диагностированы бурсит большого вертела, отраженные боли при деформирующих дорсопатиях, вторичные артрозы на фоне фемороацетабулярного импинджмента и даже недиагностированные асептические некрозы головки бедренной кости. Таким образом, достоверный первичный ОА тазобедренных суставов регистрировался только в 4% случаев от общего количества пациентов, обратившихся с диагнозом ОА.

Почти все пациенты (95%) с направительным диагнозом «остеоартроз плечевого сустава» на самом деле имели патологию манжеты плечевого сустава, связочного аппарата, шейного отдела позвоночника и нуждались в консультации травматолога-ортопеда и/или реабилитолога, и/или невролога (табл. 1).

Таким образом, из всех обратившихся к ревматологу пациентов с ОА, 1086 (47%) направлений являлись безосновательными. Данная ситуация, связанная с дефектами маршрутизации пациента и несвоевременностью оказания специализированной медицинской помощи, влечет за собой негативные последствия:

- 1) недовольство пациента, который вынужден «ходить по кругу», и формирование недоверия к медицине в целом;
- 2) отсутствие вовремя и правильно назначенной терапии и как следствие — прогрессирование патологии опорно-двигательного аппарата;
- 3) упущенная возможность своевременного оперативного лечения;
- 4) длительное ожидание специализированной помощи профильными пациентами.

При анализе причин дефектов диагностики обращали на себя внимание следующие факты:

1. Отсутствие полного физикального обследования пациента на амбулаторном приеме и навыков дифференциальной диагностики суставного синдрома у врачей первичного звена, как терапевтов, так и хирургов.

Комментарии: данная ситуация, скорее всего, обусловлена тем, что врачи, осуществляющие поликлинический прием, к сожалению, имеют весьма ограниченное время (от 8 до 12 минут) для проведения диагностического поиска, оформления медицинской документации и назначения персонализированной терапии. Даже с предлагаемыми в помощь первичному

Таблица 1

Анализ специализированных приемов ревматолога и историй развития болезни пациентов с направительным диагнозом «остеоартроз» / Analysis of specialized receptions of a rheumatologist and case histories of patients referred with a diagnosis of osteoarthritis

Нозологии, n = 2312	Количество, абс./%	Необоснованность направления, абс./%
ОА тазобедренных суставов	277/12	194/70%
ОА коленных суставов	1364/59	505/37%
ОА кистей	209/9	—
• «изолированный»	78/3	—
• в сочетании с другими локализациями	130/6	—
Вторичный ОА:	462/20	
• ОА плечевых суставов	22/14	3306/95%
• суставы стоп	140/6	81/58%

звену методологиями [4] и несмотря на наличие должных навыков, терапевт вряд ли способен справиться с предложенной задачей с учетом того, что он обязан диагностировать и лечить целый «букет» сопутствующих заболеваний по аналогичным методологиям других специальностей.

2. Отсутствие адаптированных к практическому исполнению алгоритмов и протоколов диагностики для врача первичного звена.

Комментарии: существующие классификационные критерии ОА в большей степени разработаны для ревматологов и не отвечают современным условиям работы первичного звена в ограниченном временном промежутке. Стоит обратить внимание на тот факт, что данные критерии [5] включают в том числе и инструментальные признаки ОА, т. е. терапевт становится напрямую зависимым от профессиональных компетенций «функционалистов» (рентгенологов, врачей УЗИ-диагностики и т. д.).

3. Отсутствие оптимальной логистики оказания специализированной медпомощи и дефицит как терапевтов, так и узких специалистов в участковых поликлиниках.

Возможные выходы из сложившейся ситуации:

1. Увеличение времени врачебного приема или оптимизация профессиональных обязанностей терапевтов. Зачастую во всех нормативных документах Министерства здравоохранения РФ терапевт автоматически приравнивается к врачу общей практики (семейному врачу), что в корне неверно, так как это разные программы обучения и профессиональные стандарты.

2. Адаптация алгоритмов и протоколов диагностики и формирование оптимального междисциплинарного взаимодействия согласно Порядкам оказания специализированной медицинской помощи и профессиональным стандартам специалистов.

3. Создание оптимизированных междисциплинарных клинических рекомендаций по лечению ОА: хорошо структурированных, четких, понятных, выполнимых в реальной врачебной практике.

4. Интенсификация постдипломной профессиональной подготовки с акцентами на патологию опорно-двигательного аппарата.

В результате настоящего исследования обнаружено, что 45% пациентов даже при установленном достоверном диагнозе ОА на амбулаторном приеме терапия назначалась не в полном объеме и не соответствовала рекомендациям по ведению данной категории больных. Не разъяснялась суть болезни, необходимость двигательного режима в сочетании с длительной симптом-модифицирующей терапией; нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) назначались без учета коморбидности, в неадекватных дозах; SYSADOA рекомендовались короткими курсами, без учета инструкций лекарственных средств и алгоритмов ведения. Возможно, это обусловлено в том числе и «коллизией» клинических рекомендаций (КР). Так, например, в КР для ревматологов [5] SYSADOA назначаются на первом же этапе терапии ОА КС, а в КР для травматологов-ортопедов назначение SYSADOA в лечении гонартроза «строго не рекомендовано» [6]. Какие из данных рекомендаций выполнять врачам первичного звена (терапевтам и хирургам) — остается под вопросом.

Отдельный интерес представляло изучение эффективности и безопасности применения в реальной клинической практике препарата Алфлутоп, основой которого является биоактивный концентрат мелких морских рыб, содержащий мукополисахариды (хондроитина сульфат), аминокис-

лоты, ионы натрия, калия, кальция, магния, железа, меди и цинка. Алфлутоп широко применяется для лечения ОА, и его клинический эффект подтвержден рядом исследований с демонстрацией анальгетического, противовоспалительного и структурно-модифицирующего действия [7-11].

Алфлутоп в дозах согласно инструкции по медицинскому применению был назначен ревматологом 201 пациенту с ОА КС. В группу наблюдения вошли пациенты с I-III рентгенологической стадией по классификации Келлгрена — Лоуренса. Допускалось эпизодическое применение пациентами обезболивающих средств (НПВП) в качестве симптоматической терапии. Не включались пациенты с применением любого симптом-модифицирующего препарата замедленного действия и/или инъекций гиалуроновой кислоты в предшествующие 6 месяцев; с внутрисуставными инъекциями глюкокортикоидов в предшествующий 1 месяц.

Протокол исследования при первичном визите включал демографические показатели, образ жизни и наличие факторов риска развития болезни, стадию ОА по Келлгрена — Лоуренсу, оценку уровня боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). При повторных визитах: 1-й визит после завершения 1-го курса (промежуточные результаты); 2-й визит — по окончании двух курсов в течение года (окончательные результаты) приема Алфлутопа, помимо данных физикального обследования, оценивалась динамика болевого синдрома, повседневной функциональной активности суставов с использованием ВАШ и опросника KOOS (Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score), а также удовлетворенность лечением с использованием шкалы Лайкерта: от 1 («полностью неудовлетворен») до 5 («полностью удовлетворен»).

Регистрировалось наличие нежелательных явлений (НЯ) за весь период наблюдений. Статистический анализ проводили с помощью программного пакета Statistica (версия 10). Для анализа применяли методы описательной статистики.

В группе пациентов с ОА преобладали женщины — 183 (91%) со средним возрастом $59,8 \pm 7,7$ года (табл. 2). Большинство пациентов — 143 (71%) — сельские жители. Это было обусловлено спецификой оказания специализированной ревматологической помощи, так как исследование проводилось в составе мультидисциплинарной бригады, оказывающей специализированную медпомощь жителям сельской мест-

Таблица 2

Характеристика наблюдаемой группы, n = 201 /
Characteristics of the observed group, n = 201

Возраст, годы	59,8 ± 7,7
Пол, абс./%	
• женщины	183/91
• мужчины	18/9
Место проживания	
• город	58/29
• село/деревня	143/71
Рентгенологическая стадия	
• I	32/16
• II	142/71
• III	27/13
Синовит	36/18
Коморбидные заболевания:	171/85
• гипертоническая болезнь	121/71
• сахарный диабет	24/14
• патология щитовидной железы	33/19,5
• патология ЖКТ	43/25
• ожирение	109/64

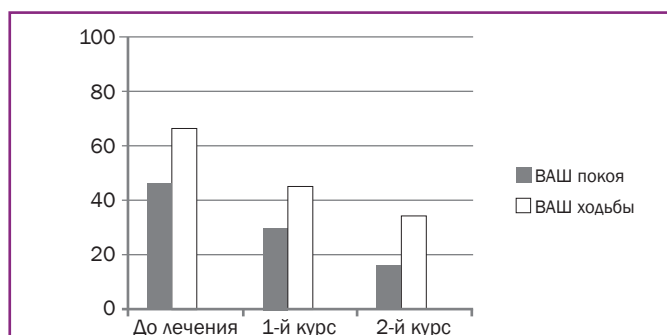


Рис. 1. ВАС в динамике терапии Алфлутопом, $p < 0,05$, $n = 147$ / Visual Analog scale in the dynamics of Alflutop therapy, $p < 0,05$, $n = 147$

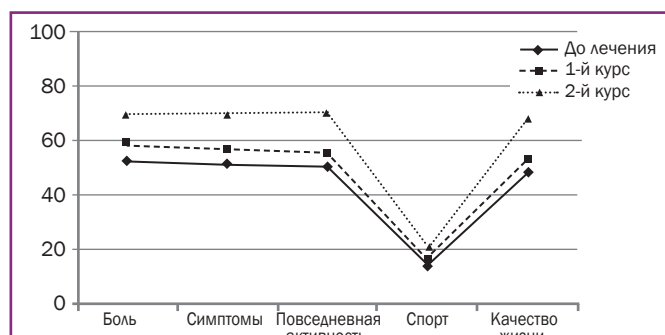


Рис. 2. Показатели опросника KOOS в динамике терапии Алфлутопом, $n = 72$ / Indicators of the KOOS questionnaire in the dynamics of therapy with Alflutop, $n = 72$

ности юга Тюменской области. У 142 (72,9%) пациентов выявлена II стадия ОА по Келлгрэну – Лоуренсу, у 32 (15,9%) – I стадия, у 27 (13,4%) – III стадия.

171 (85%) пациент имел как минимум одно коморбидное заболевание, требующее постоянного приема лекарственных средств, самое частое из которых – гипертоническая болезнь у 121 (70,8%), сахарный диабет 2 типа регистрировался у 24 (14%), патология щитовидной железы – у 33 (19,5%), патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (хронический гастрит, хронический колит, хронический холецистит) – у 43 (25%). У 109 (64%) пациентов регистрировалось алиментарное ожирение. Выбор инъекционной формы препарата из группы SYSADOA был обусловлен желанием пациента принимать более короткий курс терапии по сравнению с таблетированными формами, а также необходимостью приема большого количества пероральных препаратов в связи с коморбидностью.

Годовой курс терапии Алфлутопом (2 курса с интервалом в 6 месяцев) завершили 147 (73%) пациентов, из них все женщины. 54 (27%) пациента отказались от дальнейшего лечения после первого курса. Причиной отказа от дальнейшего применения препарата явилось отсутствие ожидаемого эффекта у 37 (18,4%) пациентов, которые наблюдались с III рентгенологической стадией, значительным нарушением биомеханики и/или синовитом. 17 (8,5%) пациентов не смогли приобрести препарат за счет собственных средств. В динамике показатели ВАС в наблюдаемой группе значимо снизились. Показатели ВАС в покое составили $45,2 \pm 8,1$ в начале исследования, $30,7 \pm 11,1$ мм после окончания 1-го курса и $15,6 \pm 7,0$ мм после окончания 2-го курса. ВАС при ходьбе – $65,6 \pm 9,2$ мм, $45,5 \pm 9,9$ мм и $33,7 \pm 10,2$ мм соответственно, $p < 0,05$ (рис. 1).

Результаты оценки удовлетворенности лечением с использованием шкалы Лайкерта свидетельствовали о том, что большинство пациентов – 98 (67%) человек были удовлетворены лечением, из них 80 (55%) оценили его как «удовлетворен» и 18 (12%) – «полностью удовлетворен». 25% затруднились ответить, 5% – «неудовлетворен» и 3% – «полностью неудовлетворен».

Общеизвестные в научном сообществе симптоматические опросники, в том числе и качества жизни больных с ОА КС в отечественных исследованиях применяются весьма ограниченно. Однако в одном из последних многоцентровых исследований [12] использовалась Шкала исхода повреждения и остеоартрита коленного сустава (Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score, KOOS). Для настоящего исследования особый интерес представляло применение данного

Опросника в условиях реальной клинической практики. Оказалось, что из 201 пациента только 72 (36%) согласились заполнять предложенные им анкеты в динамике наблюдения. Опросник KOOS включает пять релевантных для пациента подшкал, которые оцениваются отдельно:

- «Боль» (9 пунктов);
- «Симптомы» (7 пунктов);
- «Функция при повседневной активности» (17 пунктов);
- «Функция спорта и отдыха» (5 пунктов);
- «Качество жизни» (4 пункта).

Пациенты старшей возрастной группы не могли самостоятельно ответить на поставленные перед ними вопросы, им требовались дополнительные пояснения медперсонала, что в условиях ограниченного времени врачебного приема не представлялось возможным. Часть пациентов отказалась заполнять опросник в связи с большим объемом включенных в него вопросов и нежеланием «тратить время».

Анализ полученных данных опросника KOOS у 72 заполнивших его пациентов с ОА КС продемонстрировал положительную динамику по большинству подшкал по окончании курса терапии Алфлутопом (табл. 3, рис. 2).

У пациентов с ОА КС среднее изменение по подшкале «Боль» составило 17,1 балла (95% доверительный интервал, ДИ 14,50–18,33), «Качество жизни» – 16,7 балла (95% ДИ 14,76–17,64), «Повседневная активность» – 17,8 балла (95% ДИ 15,83–18,77), по подшкале «Симптомы» – 18,1 балла (95% ДИ 17,02–19,11). Увеличение среднего показателя в подшкале «Спорт» составило в среднем 6,1 балла (95% ДИ 4,93–7,23), что значительно отличается от показателей других подшкал. Данный факт скорее всего обусловлен особенностью

Таблица 3
Показатели опросника KOOS в динамике терапии препаратом Алфлутоп / Indicators of the KOOS questionnaire in the dynamics of therapy with Alflutop

Показатель подшкалы опросника	До лечения	После 1-го курса	После 2-го курса
Боль	$52,8 \pm 3,6$	$59,6 \pm 4,5$	$70,0 \pm 4,3$
Симптомы	$51,9 \pm 4,5$	$56,7 \pm 4,0$	$70,1 \pm 4,0$
Повседневная активность	$51,3 \pm 4,1$	$56,1 \pm 4,4$	$71,1 \pm 4,2$
Спорт	$14,7 \pm 3,9$	$17,1 \pm 4,1$	$20,8 \pm 3,9$
Качество жизни	$49,2 \pm 4,5$	$54,3 \pm 4,0$	$68,2 \pm 4,3$

формулировки вопросов в анкете. Стоит отметить, что критерий минимального клинически значимого изменения остается до конца не исследованным и на сегодняшний момент считается равным 8-10 единицам [13, 14]. На фоне лечения Алфлутопом снизилась потребность пациентов в НПВП. После 6 мес терапии 53 (36%) пациентов смогли полностью отказаться или значительно сократить прием НПВП, через 1 год этот процент составил 58%.

За время наблюдения 12 (8,2%) человек отметили усиление болевого синдрома в суставах в начале приема 1-го курса Алфлутопа. В последующем эти симптомы были купированы самостоятельно или однократным приемом пероральных/топических НПВП.

Обсуждение

Результаты настоящего исследования оказались несколько неожиданными, так как демонстрируют значимые проблемы диагностики и маршрутизации пациента с суставным синдромом в рамках амбулаторного приема. Почти половина (47%) из направленных к ревматологу пациентов с «остеоартрозом» или имели ряд других заболеваний опорно-двигательного аппарата, которые не были распознаны, или были направлены с выраженными внутрисуставными повреждениями, нарушениями биомеханики, поздними рентгенологическими стадиями и терминальным функциональным исходом. Кроме того, было обнаружено, что 45% пациентам даже при установленном достоверном диагнозе ОА на амбулаторном приеме не было назначено адекватной терапии.

Одной из причин дефектов диагностики является отсутствие полноценного физикального осмотра пациентов наряду с недостаточностью должных профессиональных навыков у врачей первичного звена. Одной из основных причин данной ситуации является то, что амбулаторный врач, несмотря на рекомендованные Минздравом России нормы [15], имеет весьма ограниченное количество времени (от 8 до 12 минут) на осмотр пациента и порой физически не может осуществить необходимые компетенции. Кроме того, существующие методологии и алгоритмы диагностики суставного синдрома — громоздкие, многоэтапные, с разночтениями в различных клинических рекомендациях, т. е. не адаптированы к реальной врачебной практике.

Другой выявленной проблемой являлось отсутствие междисциплинарного взаимодействия и преемственности в работе смежных специалистов в условиях поликлиники. Так, настоящее исследование показало, что 38% пациентов, которые нуждались в специализированной помощи, были осмотрены узкими специалистами (травматологами-ортопедами, хирургами, неврологами), но при этом отправлены обратно к терапевту без необходимых рекомендаций. В результате участковый терапевт остается один на один с проблемой пациента и вместе с ним вынужден ходить по кругу.

Еще одним фактом являлось отсутствие у врачей первичного звена четкого представления о том, что такое ревматология и какими болезнями занимаются ревматологи. Врачи первичного звена ошибочно полагали, что в профессиональные обязанности ревматологов входит ведение всех мышечно-скелетных заболеваний.

Возможно, что данные результаты получены только в настоящем исследовании и обусловлены особенностями оказания медицинской помощи в Тюменской области. В литературе практически не встречается работ по анализу проблем суставного больного на амбулаторном приеме в других регионах РФ, и данный вопрос требует дальнейшего изучения.

В настоящее время особый интерес представляют работы, оценивающие эффективность и безопасность лекарственных средств в рутинной клинической практике (Real World Evidence/RWE-исследования). Подавляющее большинство пациентов получают терапию за пределами клинических исследований, и, соответственно, результаты контролируемых клинических испытаний не могут быть автоматически перенесены на обычных пациентов. В связи с этим в настоящем исследовании проведен анализ эффективности и безопасности препарата Алфлутоп у пациентов с ОА КС в рутинной клинической практике. Большинство группы обследованных составляли женщины, жители сельской местности, в возрасте $59,8 \pm 7,7$ года с ОА КС II стадии по классификации Келлгрена — Лоуренса. 85% пациентов имели как минимум одно коморбидное заболевание, требующее постоянного приема лекарственных средств, самое частое из которых — гипертоническая болезнь (70,8%), патология ЖКТ (25%), при этом у 64% пациентов регистрировалось алиментарное ожирение. Выбор инъекционной формы препарата из группы SYSADOA был обусловлен желанием пациента принимать более короткий курс терапии, по сравнению с таблетированными формами, и большим количеством пероральных препаратов, применяемых в связи с коморбидностью. К терапии были привержены 73% из наблюдаемой группы, окончившие полный годовой курс лечения (2 курса с интервалом в 6 месяцев). Эффектом от терапии были удовлетворены 67% пациентов.

Для комплексной оценки состояния пациентов с ОА КС использовался опросник KOOS. Оказалось, что у большинства пациентов (64%) заполнение анкеты вызывало затруднение, требовало пояснений со стороны медперсонала, что в условиях ограниченного времени врачебного приема лимитировало использование данной шкалы в рутинной клинической практике. В группе пациентов, добросовестно заполнивших анкеты KOOS, отмечалась положительная динамика по большинству подшкал с увеличением среднего показателя ≥ 15 баллов по сравнению с исходным уровнем. Полученные результаты согласуются с рядом исследований, где продемонстрирована положительная динамика показателей интенсивности боли, функции суставов и качества жизни пациентов с ОА, получавших терапию Алфлутопом [7-11].

В группе пациентов, получавших Алфлутоп, за весь период наблюдения не было зарегистрировано нежелательных явлений. У большинства пациентов (58%) снизилась либо отсутствовала потребность в приеме НПВП.

Заключение

Несмотря на то, что в настоящее время проблема ОА хорошо освещена, в реальной клинической практике на этапе первичного звена врачи нередко сталкиваются со сложными решениями как диагностическими, так и терапевтическими задач. В связи с этим возникает острая необходимость в пересмотре и адаптации к рутинной клинической практике междисциплинарных алгоритмов ведения больных ОА, с определением порога вмешательства врача первичного звена и специалиста.

Проведенное исследование демонстрирует достаточную высокую эффективность, безопасность и доступность препарата Алфлутоп, а лечение данным препаратом может широко применяться в комплексной терапии ОА КС. При этом существует необходимость в разработке и внедрении в рутинную клиническую практику оптимизированных

шкал или опросников для динамической оценки качества жизни пациентов с ОА КС. ■

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Автор статьи подтвердила отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

CONFLICT OF INTERESTS. Not declared.

Литература/References

1. Lawrence R. C., Felson D. T., Helmick C. G. et al. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States // Part II. Arth. Rheum. 2008; 58: 26-35. DOI: 10.1002/art.23176.
2. Балабанова Р. М., Дубинина Т. В. Динамика пятилетней заболеваемости болезнями костно-мышечной системы и их распространенности среди взрослого населения России за 2013-2017 гг. // Современная ревматология. 2019; 13 (4): 11-17. DOI: 10.14412/1996-7012-2019-4-11-17.
[Balabanova R. M., Dubinina T. V. Dynamics of the five-year incidence of diseases of the musculoskeletal system and their prevalence among the adult population of Russia in 2013-2017 // Sovremennaya revmatologiya. 2019; 13 (4): 11-17. DOI: 10.14412/1996-7012-2019-4-11-17.]
3. Галушко Е. А., Эрдеc Ш. Ф., Алексеева Л. И. Остеоартроз в амбулаторной практике // Современная ревматология. 2012; 4: 66-70. DOI: 10.14412/1996-7012-2012-766.
[Galushko Ye. A., Erdes Sh. F., Alekseyeva L. I. Osteoarthritis in outpatient practice // Sovremennaya revmatologiya. 2012; 4: 66-70. DOI: 10.14412/1996-7012-2012-766.]
4. Верткин А. Л. Пациент с болью в суставах на амбулаторном приеме // Лечащий Врач. 2020; 7: 59-62.
[Vertkin A. L. Patient with joint pain at outpatient appointment // The Lechaschi Vrach Journal. 2020; 7: 59-62.]
5. Насонов Е. Л. Клинические рекомендации. Ревматология / Под ред. Е. Л. Насонова. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2017. 464 с.
[Nasonov Ye. L. Clinical guidelines. Rheumatology / Pod red. Ye. L. Nasonova. M.: GEOTAR-Media. 2017. P. 464.]
6. Мионов С. П. Клинические рекомендации. Ортопедия / Под ред. С. П. Миронова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 784 с.
[Mironov S. P. Clinical guidelines. Orthopedics / Pod red. S. P. Mironova. M.: GEOTAR-Media, 2018. P. 784.]
7. Светлова М. С. Длительная терапия Алфлутопом: влияние на симптомы и качество жизни больных гонартрозом ранних стадий (5-летнее наблюдение) // Русский медицинский журнал. 2014; 12 (7): 504-509.
[Svetlova M. S. Long-term therapy with Alflutop: influence on symptoms and quality of life in patients with early stages of gonarthrosis (5-year follow-up) // RMJ. 2014; 12 (7): 504-509.]
8. Лукина Г. В., Сигидин Я. А. Хондропротективный препарат алфлутоп в лечении остеоартроза // Научно-практическая ревматология. 2001; 39 (2): 51-53. DOI: 10.14412/1995-4484-2001-400.
[Lukina G. V., Sigidin Ya. A. Chondroprotective drug alflutop in the treatment of osteoarthritis // Nauchno-prakticheskaya revmatologiya. 2001; 39 (2): 51-53. DOI: 10.14412/1995-4484-2001-400.]
9. Лукина Г. В., Сигидин Я. А., Чичасова Н. В. Алфлутоп в терапии остеоартроза // Научно-практическая ревматология. 2004; 42 (3): 52-54. DOI: 10.14412/1995-4484-2004-1481.
[Lukina G. V., Sigidin Ya. A., Chichasova N. V. Alflutop in the treatment of osteoarthritis // Nauchno-prakticheskaya revmatologiya. 2004; 42 (3): 52-54. DOI: 10.14412/1995-4484-2004-1481.]
10. Лукина Г. В., Сигидин Я. А., Денисов Л. Н. Многолетний опыт применения алфлутопа в клинической практике // Научно-практическая ревматология. 2005; 43 (5): 64-66. DOI: 10.14412/1995-4484-2005-46.
11. Алексеева Л. И., Шаранова Е. П., Таскина Е. А. и соавт. Многоцентровое слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование симптом- и структурно-модифицирующего действия препарата Алфлутоп у больных остеоартрозом коленных суставов. Сообщение 1 — оценка симптом-модифицирующего действия препарата // Научно-практическая ревматология. 2013; 51 (5): 532-538. DOI: 10.14412/1995-4484-2013-1545.
[Alekseyeva L. I., Sharapova Ye. P., Taskina Ye. A. i soavt. A multicenter, blind, randomized, placebo-controlled study of the symptom- and structural-modifying effect of Alflutop in patients with osteoarthritis of the knee joints. Message 1 — Assessment of the symptom-modifying effect of the drug // Nauchno-prakticheskaya revmatologiya. 2013; 51 (5): 532-538. DOI: 10.14412/1995-4484-2013-1545.]
12. Лила А. М., Алексеева Л. И., Телышев К. А., Баранов А. А., Трофимов Е. А. Эффективность лечения остеоартрита коленного и тазобедренного суставов комбинированным препаратом хондроитина сульфата и глюкозамина гидрохлорида: промежуточные результаты российского наблюдательного исследования // Современная ревматология. 2020; 14 (3): 71-78. DOI: 10.14412/1996-7012-2020-3-71-7.
[Lila A. M., Alekseyeva L. I., Telyshev K. A., Baranov A. A., Trofimov Ye. A. Efficiency of treatment of osteoarthritis of the knee and hip joints with a combined preparation of chondroitin sulfate and glucosamine hydrochloride: intermediate results of a Russian observational study // Sovremennaya revmatologiya. 2020; 14 (3): 71-78. DOI: 10.14412/1996-7012-2020-3-71-7.]
13. Rodriguez-Merchan E. C. Knee instruments and rating scales designed to measure outcomes // Journal of orthopaedics and traumatology: official journal of the Italian Society of Orthopaedics and Traumatology. 2012; 13: 1-6. DOI: 10.1007/s10195-011-0177-4
14. Roos E. M., Lohmander L. S. The Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS): from joint injury to osteoarthritis // Health Qual Life Outcomes. 2003; 1: 64. DOI: 10.1186/1477-7525-1-6.
15. Приказ Минздрава России от 02.06.2015 N 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача)» (Зарегистрировано в Минюсте России 24.08.2015 N 38647).
[Order of the Ministry of Health of Russia of 06/02/2015 N 290n «On the approval of standard industry standards for the performance of work related to the visit of one patient to a district pediatrician, district general practitioner, general practitioner (family doctor)» (Registered in the Ministry of Justice of Russia on 24.08.2015 N 38647).]

Сведения об авторе:

Лущаева Юлия Арнольдовна, к. м. н., доцент кафедры госпитальной терапии с курсами эндокринологии и клинической фармакологии, врач-ревматолог многопрофильной университетской клиники, ФГБОУ ВО ТюмГМУ Минздрава России; 625023, Россия, Тюмень, ул. Одесская, 50; lushpaevay@mail.ru

Information about the author:

Yulia A. Lushpaeva, MD, Associate Professor of the Department of Hospital Therapy with courses in Endocrinology and Clinical Pharmacology, rheumatologist of the multidisciplinary University clinic, FSBEI HE TSMU of the Ministry of Health of the Russian Federation; 50 Odesskaya str., Tyumen, 625023, Russia; lushpaevay@mail.ru