

# Остеоартроз в амбулаторной практике

Е.А. Галушко, Ш.Ф. Эрдес, Л.И. Алексеева

ФГБУ «НИИР» РАМН, Москва

**Цель исследования** — выяснение информированности врачей первичного звена об остеоартрозе — ОА (наиболее частая локализация и методы лечения).

**Материал и методы.** С помощью разработанного в НИИР РАМН опросника проведено анкетирование 1912 специалистов (терапевты, ревматологи, неврологи и хирурги), ведущих первичный амбулаторный прием в районных поликлиниках 25 городов Российской Федерации с населением более 500 тыс.

**Результаты исследования.** Оказалось, что наиболее частой локализацией ОА, по мнению врачей всех специальностей, были коленные суставы. В практике ревматологов поражение коленных суставов при ОА встречалось в 92% случаев, тазобедренных — в 42% и суставов кистей — в 38%.

Анализ терапевтических предпочтений показал, что практически все врачи назначают больным ОА нестероидные противовоспалительные препараты, а лишь две трети — также структурно-модифицирующие лекарственные средства («хондропротекторы»). Только ревматологи при лечении ОА практически в 100% случаев применяют препараты замедленного действия, отдавая предпочтение хондроитину сульфату. Врачи всех специальностей широко используют локальную терапию глюкокортикоидами. Ревматологи применяют такую терапию, скорее всего, в связи с тем, что к ним обращаются больные с тяжелым полиарткулярным ОА. Несмотря на то, что в 2008 г. появились новые рекомендации по лечению ОА, большинство врачей ориентируются на рекомендации 1995 г., что нередко приводит к терапевтическим ошибкам и назначению неправильного лечения.

**Ключевые слова:** остеоартроз, врачи первичного звена.

**Контакты:** Елена Андреевна Галушко [egalushko@mail.ru](mailto:egalushko@mail.ru)

## *Osteoarthritis in outpatient practice*

*E.A. Galushko, Sh.F. Erdes, L.I. Alekseyeva*

*Research Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow*

**Objective:** to elucidate the awareness of osteoarthritis — OA (the most common location and treatment methods) among primary care physicians.

**Subjects and methods.** The questionnaire developed at the Research Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, was used to interview 1912 specialists (therapists, rheumatologists, neurologists, and surgeons) who made a primary outpatient reception in the local polyclinics of 25 Russian Federation's cities with a population of more than 500,000.

**Results.** In the opinion of the physicians of all specialties, knee joints turned out to be the most location of OA. In practice, the rheumatologists encountered knee, hip, and hand joint lesions in OA in 92, 42, and 38%, respectively.

Analysis of therapeutic preferences has shown that virtually all the physicians prescribe nonsteroidal anti-inflammatory drugs and only two thirds do structure-modifying drugs (chondroprotectors) for OA patients. When treating OA, only the rheumatologists use slow-acting drugs in practically 100% of cases, by preferring chondroitin sulfate. The physicians of all specialties use topical glucocorticoid therapy extensively. The rheumatologists use this therapy most probably due to the fact that patients with severe polyarticular OA come to see them.

Notwithstanding the fact that new guidelines for the treatment of OA were published in 2008, most physicians are oriented to the 1995 guidelines, frequently giving rise to therapeutic errors and wrong treatment.

**Key words:** osteoarthritis, primary care physicians.

**Contact:** Elena Andreyevna Galushko [egalushko@mail.ru](mailto:egalushko@mail.ru)

Частота поражения опорно-двигательного аппарата в популяции чрезвычайно велика: заболевания суставов и позвоночника по распространенности уверенно конкурируют с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца. [1]. Среди ревматических заболеваний наиболее распространенным является остеоартроз (ОА), приводящий к выраженной деформации суставов с утратой их функции и ухудшению качества жизни больных и характеризующийся хроническим прогрессирующим течением с периодическими обострениями и болевым синдромом различной степени выраженности.

До последнего времени медико-социальное значение ОА недооценивалось. Причинами этого являлись, с одной стороны, малочисленность данных о влиянии патологии костно-мышечного аппарата на качество жизни больного, а

с другой — практическое отсутствие сведений об истинной распространенности ОА.

По данным ВОЗ [1], более 40% лиц пожилого возраста страдают ОА, до 80% больных ОА имеют ограничения подвижности разной степени, а 25% не могут выполнять обычную домашнюю работу. Наиболее важное клиническое значение имеет поражение нагрузочных суставов (коленных и тазобедренных), являющееся основной причиной ухудшения качества жизни и инвалидизации больных ОА. Так в России, по данным эпидемиологического исследования, проведенного НИИР РАМН в 2005–2008 гг. [2], распространенность ОА с преимущественным поражением коленных и/или тазобедренных суставов составила 13,3%, что сопоставимо с результатами международных эпиде-

## О Р И Г И Н А Л Ь Н Ы Е И С С Л Е Д О В А Н И Я

Таблица 1. Частота (в %) разных локализаций ОА, по мнению врачей

Частота ОА	Локализация ОА					
	коленные суставы	тазобедренные суставы	суставы кистей	позвоночник	голеностопные суставы	суставы стоп
Наиболее часто	73	21	19	35	5	5
Часто	21,5	41,5	37	32	28	24
Редко	2,5	23	25	18	37	32
Очень редко	1	7	10	7	16	21
Никогда	1	2	3	4	5	9
Не указано	1	5	7	4	9	9

миологических исследований структуры ревматических заболеваний (9–13,5%) [3–5].

Распространенность ОА в десятки раз превышает таковую других ревматических заболеваний. Как показало эпидемиологическое исследование [6], в России очень высока заболеваемость ОА, и ревматологи не в состоянии курировать всех пациентов с данным диагнозом, поэтому в реальной амбулаторной практике в 80% случаев они наблюдаются у терапевтов и врачей других специальностей, которые значительно реже и позже ставят правильный диагноз ревматического заболевания, в том числе и ОА, и назначают эффективное лечение. Показано, что при неверном лечении и запоздалом диагнозе 22% больных уже через 6 лет после начала заболевания нуждаются в эндопротезировании крупных суставов [7]. Течение ОА весьма вариабельно, и хотя рентгенологические изменения, как правило, прогрессируют, в некоторых случаях состояние больных остается стабильным многие годы. Вместе с тем в подавляющем большинстве случаев только адекватная терапия способствует стабилизации процесса и предотвращает дальнейшее прогрессирование заболевания.

НИИР РАМН и Ассоциация ревматологов России провели исследование информированности врачей первичного звена об ОА и его лечении в условиях амбулаторной практики.

**Материал и методы.** Работа основывалась на одномоментном анкетировании врачей, ведущих амбулаторный прием в поликлинике. В исследование были включены все специалисты, к которым могли обратиться больные ОА: терапевты, ревматологи, неврологи и хирурги.

Исследование проводилось в поликлиниках 30 городов Российской Федерации с населением более 500 тыс. человек (Москва, Саратов, Челябинск, Петрозаводск, Волгоград, Казань, Воронеж, Пермь, Санкт-Петербург, Краснодар, Красноярск, Рязань, Тверь, Смоленск, Калининград, Екатеринбург, Уфа, Тюмень, Новосибирск, Барнаул, Ярославль, Омск, Новокузнецк, Ростов-на-Дону, Ставрополь, Пятигорск, Нижний Новгород, Тольятти, Самара, Ижевск).

Был использован специально разработанный в НИИР РАМН опросник для выяснения мнения врачей об ОА: наиболее частая локализация и методы лечения. В опроснике содержалось шесть вопросов, часть из которых подразумевала выбор альтернативного варианта ответа, а часть требовала проведения ранжирования вариантов ответа по приоритетности.

Анкета заполнялась анонимно с обязательным указанием специализации и стажа работы врача. Анкеты раздава-

лись во время проведения утренних конференций в поликлиниках. В каждой поликлинике число опрошенных врачей соотносилось с полным списком специалистов, ведущих амбулаторный прием на момент опроса. Срок получения данных по всем участвующим в исследовании городам составлял 1 мес.

Всего в сентябре 2008 г. опрошено 1912 врачей, ведущих первичный амбулаторный прием в районных поликлиниках. Соотношение врачей разных специальностей зависело от местных условий. Среди опрошенных было 1462 (76%) терапевта, 205 (11%) неврологов, 182 (10%) хирурга и 62 (3%) ревматолога. Стаж работы врачей, участвовавших в опросе, составлял от 1 мес до 50 лет (в среднем – 14 лет).

Для обработки материала использовали методы описательной статистики.

**Результаты исследования.** Как показал анализ данных проведенного исследования, независимо от специальности врачи в среднем консультируют от 2 до 5 пациентов с ОА в день. В то же время у ревматологов данный показатель достигает от 12 до 15, у терапевтов – от 2 до 5, у хирургов – от 3 до 8, а у невропатологов – до 2.

В табл. 1 суммированы данные об основной локализации патологического процесса при ОА, по мнению опрошенных. Большинство врачей (73%) указали, что наиболее частой локализацией ОА являются коленные суставы. В то же время 4,5% опрошенных, ведущих первичный амбулаторный прием, считали, что данная локализация ОА встречается либо редко, либо вообще не встречается.

В то же время моноартикулярное поражение при ОА наблюдали только 8% (n=153) врачей, поражение 5 и более суставов – 6% (n=115), а олигоартикулярное поражение (2–4 сустава) – 85%. К ревматологам (n=24) обращаются чаще пациенты с тяжелым полиартикулярным ОА (39% опрошенных ревматологов), к хирургам – с моноартикулярным (n=46, 25% хирургов), к неврологам и терапевтам – с олигоартикулярным.

На рис. 1 представлены локализации ОА, с которыми наиболее часто сталкиваются врачи разных специальностей. Оказалось, что для ревматологов это коленные (92%), тазобедренные (42%) суставы и суставы кистей (38%), для неврологов – в первую очередь позвоночник (59%), для терапевтов и хирургов – коленные суставы (75 и 80% соответственно). Каждый 4-й пациент с ОА (26%), обратившийся на прием к неврологу или хирургу, имеет поражение плечевого сустава.

Анализ терапии, назначаемой врачами в реальной клинической практике, показал, что практически все опрошенные (94%, n=1797) считают необходимым применять при

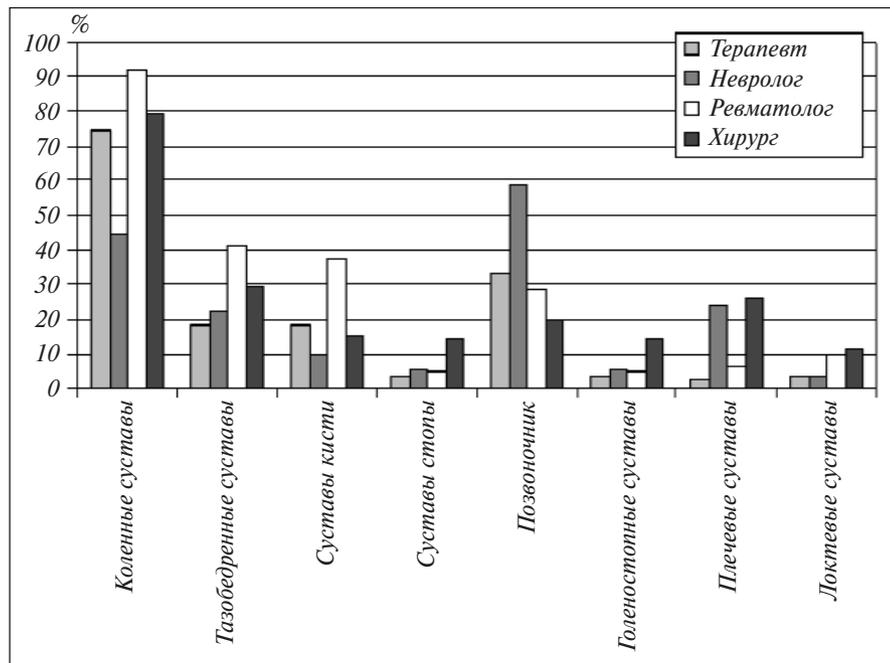


Рис. 1. Локализации ОА, с которыми наиболее часто сталкиваются врачи в зависимости от специальности

ОА нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), а 72% (n=1377) – дополнительно к ним симптом- и структурно-модифицирующие препараты (хондропротекторы). Врачи всех специальностей широко назначают (80%) также наружные формы лекарственных средств.

При анализе частоты использования хондропротекторов в зависимости от специальности врача оказалось, что ревматологи назначают их практически всем пациентам с ОА (n=59; 95% опрошенных), неврологи – 82%, терапевты и хирурги – 2/3 больных (70 и 66% соответственно). При этом если врачи независимо от специальности назначают симптом- и структурно-модифицирующие препараты (хондропротекторы), то в половине случаев (табл. 2) они предпочитают хондроитина сульфат (51%).

Внутрисуставные инъекции глюкокортикоидов (ГК) или препаратов гиалуроновой кислоты (рис. 2) 62 и 68% врачей никогда не рекомендуют своим пациентам, а часто их используют в терапии ОА только 6 и 4% соответственно. Данное соотношение отражает в основном предпочтение терапевтов и неврологов при локальном лечении ОА. Хирурги в 34% случаев (n=62) назначают при ОА внутрисуставные инъекции ГК и в 23% (n=42) – препаратов ги-

лурановой кислоты; никогда не применяют эту терапию 18 и 23% хирургов соответственно. В то же время 57% ревматологов (n=35) назначают своим пациентам инъекции гиалуроновой кислоты и 4% – ГК; никогда не используют внутрисуставные инъекции гиалуроновой кислоты 26% врачей (n=16) этой специальности, а ГК – 19% (n=12).

При назначении лечения врачи используют информацию, полученную: из медицинской литературы (93% врачей; n=1778), от медицинских представителей (78%), из материалов, рассылаемых фармацевтическими компаниями (27%), от коллег (34%), во время прослушивания лекций (69%), на конференциях (64%), из СМИ (15%) и от самих больных (4%).

**Обсуждение.** Неослабевающий интерес к проблеме ОА продиктован в первую очередь широкой распространенностью и прогрессирующим характером заболевания, приводящего к потере трудоспособности. В России

ОА страдает в среднем 14,6 млн человек, что составляет 13,3% взрослого населения страны, причем, по официальным данным [2], распространенность этого заболевания за последние годы возросла на 35%, при этом дегенеративные заболевания суставов и позвоночника составляют более 75% всех болезней костно-мышечной системы.

ОА распространен практически во всех популяциях. Так, по данным Центра по контролю и профилактике заболеваний США [8], ОА страдают более 20 млн американцев, а к 2020 г. прогнозируется увеличение этого показателя вдвое. Считается, что данное заболевание чаще встречается у женщин, а также у лиц в возрасте 55 лет и старше. Так, в Австралии заболеваемость ОА среди женщин была почти в 2 раза выше, чем среди мужчин во всех возрастных группах. При этом наиболее высокая заболеваемость у женщин (13,5 на 1000 населения в год) приходилась на возраст от 65 до 74 лет, а у мужчин (9 на 1000 населения в год) – на возраст 75 лет и старше [9].

Как показало наше исследование, больные ОА встречаются достаточно часто в практике врачей разных специальностей. Однако, количество больных ОА у разных специалистов неодинаковое: наибольшее число пациентов приходит

Таблица 2. Частота (в %) назначения симптом- и структурно-модифицирующих препаратов (хондропротекторы)

Частота назначения	Хондроитина сульфат	Глюкозамин+ хондроитина сульфат	Глюкозамина сульфат	БАДы	Другие препараты
Часто	51,1	18,4	19,8	4,4	8,6
Редко	35,3	34,4	38,2	10,8	4,7
Никогда	8,5	32,0	26,9	61,1	19,4
Неизвестно	4,9	14,9	14,9	23,3	67,1

О Р И Г И Н А Л Ь Н Ы Е И С С Л Е Д О В А Н И Я

на прием к ревматологу — до 15 в день, наименьшее — к неврологу до 2. В основном к ревматологам обращаются пациенты с тяжелым полиартикулярным ОА, к хирургам — с выраженным вторичным синовитом, к неврологам — с поражением позвоночника.

В литературе имеются указания [9] на более частое развитие ОА коленных суставов в Европе и США по сравнению с другими странами. Результаты нашего исследования также показывают, что в амбулаторной практике независимо от специальности врача в большинстве (73%) случаев встречается ОА коленных суставов. В то же время около 5% врачей, ведущих амбулаторный прием, редко либо никогда не сталкиваются с больными ОА данной локализации. Поражение тазобедренных суставов также часто встречается в клинической практике — до 40%.

Лечение ОА направлено прежде всего на уменьшение боли, улучшение функции суставов, замедление прогрессирования болезни и в конечном счете на оптимизацию качества жизни больных. В России лечением ОА занимаются не только ревматологи и терапевты, но и нередко хирурги и неврологи.

Первые рекомендации по лечению ОА крупных суставов опубликованы в 1995 г., по мере накопления новых данных они дополнялись и изменялись [8]. Длительное время перечень препаратов для лечения ОА ограничивался лекарственными средствами, влияющими на боль и воспаление в суставах (простые анальгетики, в частности ацетоминофен, при их недостаточной эффективности — НПВП). В 2003 г. EULAR на основании оценки специальной комиссии постоянного Комитета по международным клиническим исследованиям представила отчет о распределении различных методов терапии ОА в зависимости от уровня доказательности, в который была включена другая группа лекарственных средств — препараты замедленного действия, оказывающие симптоматическое и структурно-модифицирующее действие (хондроитина сульфат, глюкозамин сульфат, диасцереин, гиалуроновая кислота и др.) [10].

Анализ терапевтических предпочтений российских врачей указывает на то, что практически все опрошенные считают необходимым назначать при ОА НПВП и лишь 2/3 врачей дополнительно используют структурно-модифицирующие лекарственные средства (хондропротекторы). Как показало исследование, только ревматологи при лечении ОА практически в 100% случаев назначают препараты замедленного действия, отдавая предпочтение хондроитину сульфату.

Вместе с тем в ряде фармакоэпидемиологических исследований, проведенных за рубежом, отмечено не только ши-

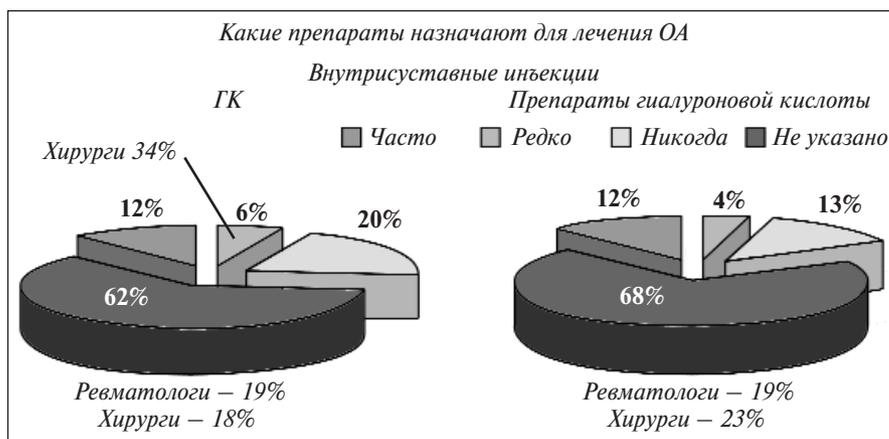


Рис. 2. Частота назначения ГК и гиалуроновой кислоты для локальной терапии ОА в реальной практике в зависимости от специальности врача

рокое использование НПВП в реальной клинической практике, но и значительный процент различных побочных нежелательных эффектов этих препаратов, особенно у больных старших возрастных групп. Поэтому в последних рекомендациях, созданных европейскими и американскими учеными, опубликованных в феврале 2008 г., указана необходимость применения НПВП при ОА в минимальных эффективных дозах и по возможности наиболее короткими курсами [8, 11].

Также в эти рекомендации впервые включена локальная терапия препаратами гиалуроновой кислоты, которую российские врачи в реальной клинической практике назначают в среднем лишь каждому 20-му пациенту с ОА, и это при том, что самой частой локализацией ОА (для врачей всех специальностей) являются коленные суставы. Следует отметить, что чуть лучше с данным видом терапии знакомы хирурги, а ревматологи, ведущие амбулаторный прием, используют препараты гиалуроновой кислоты в половине случаев.

Проведенный нами анализ показал, что в клинической практике широко применяется локальная терапия ГК. Известно, что инъекции ГК в суставы показаны и эффективны лишь при вторичных синовитах и их следует использовать редко (не более 2 раз в год) из-за отрицательного воздействия на хрящ и субхондральную кость. Обращает на себя внимание, что каждый 3-й хирург часто назначает ГК внутрисуставно. Возможно, это связано с тем, что именно к хирургу приходят больные с вторичным синовитом. Использование локальной терапии ГК ревматологами обусловлено скорее всего тем, что к ним обращаются больные с тяжелым полиартикулярным ОА.

Хотя при назначении лечения врачи в основном руководствуются медицинской литературой, в большинстве своем они ориентируются на первые рекомендации по лечению ОА, датированные 1995 г., что нередко приводит к терапевтическим ошибкам и назначению неправильного лечения.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Пфлюгер Б. Оценка глобального бремени костно-мышечных заболеваний. Науч-практ ревматол 2001;4:4–9.  
2. Фоломеева О.М., Галушко Е.А., Эрлес Ш.Ф. Распространенность ревматических заболеваний в популяциях взрослого населения России и США.

Науч-практ ревматол 2008;4:4–9.  
3. Lawrence R., David F. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States: Part 1 C. Arthr Rheum 2008;57(8):1419–25.  
4. Andrianakos A., Trontzas P., Cristoyannis F. et al. Prevalence of rheumatic diseases in

Greece: a cross-sectional population based epidemiological study. The ESORDIG Study. J Rheum 2007;30(7):1589–601.  
5. Zeng Q.Y., Chen R., Darmavans J. et al. Rheumatic Diseases in China. Arthr Res Ther 2008;10(1):R17.  
6. Галушко Е.А., Большакова Т.Ю.,

Виноградова И.Б и др.

Структура ревматических заболеваний среди взрослого населения России по данным эпидемиологического исследования (предварительные результаты) Науч-практ ревматол 2009;1: 22–7.

7. Gamez-Nava J.L., Gonzalez-Lopez L., Davis P. et al. Referral and diagnosis of common rheumatic diseases by primary care physicians. Br J Rheum 1998;37:1215–9.

8. Алексеева Л.И., Шарапова Е.П. Хондритин сульфат в лечении остеоартроза. РМЖ 2009;21(360):1448–52.

9. Woolf A.D., Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. Bull WHO 2003;81(9):646–56.

10. Jordan K.M.M., Arden N.K. 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;62:1145–55.

11. Zhang W., Moscovitz R.W., Nuki G. et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. Osteoarthr Cartil 2008;16(2):137–62.

## Ограничение жизнедеятельности у больных ювенильным хроническим артритом

Т.А. Шелепина

ФГБУ «НИИР» РАМН, Москва

*На основании результатов обследования с помощью опросника CHAQ проанализирована степень ограничения жизнедеятельности у больных с различными вариантами ювенильного хронического артрита. Обсуждается целесообразность использования опросника у детей младшей дошкольной группы.*

**Ключевые слова:** ювенильный хронический артрит, ограничение жизнедеятельности.

**Контакты:** Татьяна Андреевна Шелепина [Shelepina209@mail.ru](mailto:Shelepina209@mail.ru)

*Vital activity limitation in patients with juvenile chronic arthritis*

*T.A. Shelepina*

*Research Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow*

*The results of examination using the CHAQ are employed to analyze the degree of vital activity limitation in patients with different types of juvenile chronic arthritis. Whether it is advisable to use the questionnaire in young preschoolers is discussed.*

**Key words:** juvenile chronic arthritis, vital activity limitation.

**Contact:** Tatyana Andreyevna Shelepina [Shelepina209@mail.ru](mailto:Shelepina209@mail.ru)

Хронические воспалительные заболевания суставов у детей – тяжелая патология, требующая мультидисциплинарного обследования на ранних стадиях и сложнейшего комплексного лечения при установлении варианта артрита. Целью терапии является достижение ремиссии. При этом оценивают такие показатели, как снижение активности воспалительного процесса, купирование боли и предотвращение инвалидизации, одним из показателей которой является ограничение жизнедеятельности, т. е. затруднение при самообслуживании. Для оценки данного показателя широко используется опросник Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) [1–3].

**Цель работы** – изучить степень ограничения жизнедеятельности у пациентов с различными вариантами ювенильного хронического артрита (ЮХА) и результативность использования опросника CHAQ у детей дошкольного возраста.

**Материал и методы.** В исследование включено 132 больных, часть которых обследовали повторно, в связи с чем общее число наблюдений составило 162.

Пациенты школьного возраста отвечали на вопросы самостоятельно в присутствии исследователя. Ограничение жизнедеятельности у детей младшей группы (до-

школьники) оценивал врач, при этом использовали также сведения, полученные от родителей. Выраженность боли в данной подгруппе определяли с помощью картиночной шкалы.

Среди пациентов было 64% девочек. Средний возраст больных составлял  $11,92 \pm 4,3$  года, средняя давность заболевания –  $6,1 \pm 4,2$  года. Больные с системным вариантом ЮХА составили 20%, с полиартикулярным – 52%, с олигоартикулярным – 15%. Ювенильный анкилозирующий спондилоартрит (ЮАС) диагностирован у 8% детей, ювенильный псориатический артрит – у 5%. Данные о распределении в зависимости от варианта артрита представлены в табл. 1.

Пациентов обследовали в первые дни госпитализации, опрос (CHAQ) проводили перед назначением реабилитационного лечения. Использовали русскоязычный вариант опросника CHAQ, описательную статистику программы Biostat.

**Результат исследования.** Средний показатель опросника в целом по группе пациентов составил  $0,4 \pm 0,6$ . У детей с системным вариантом ЮХА он равнялся  $0,8 \pm 0,7$ , с полиартикулярным –  $0,5 \pm 0,4$ , с олигоартикулярным –  $0,3 \pm 0,3$ , с псориатическим –  $1,0 \pm 1,3$ , с ЮАС –  $0,2 \pm 0,2$ . У пациентов