

УДК: 616.72-007.248: 364-78-053.9

ОСНОВНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ СУЩЕСТВУЮЩИХ МЕДИКО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПО ОСТЕОПОРОЗУ И ОСТЕОАРТРОЗУ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Злобина И.А.¹, Кривцунов А.Н.²

¹ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород, Россия, e-mail: InnulkaZ@yandex.ru

^{2,3} АНО «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология», Москва, Россия, e-mail: Albek1984@list.ru

Проблема остеопороза и остеоартроза ввиду её распространенности среди людей пожилого и старческого возраста является довольно серьезной проблемой практически для всех современных и экономически развитых стран. Цель нашего исследования заключалась в изучении уровня обращаемости пациентов и их приверженности к терапии как основных предикторов оценки результативности существующих медико-образовательных программ по остеопорозу и остеоартрозу в гериатрической практике. В статье впервые выявлены, изучены и структурированы основные предикторы оценки результативности существующих медико-образовательных программ по остеопорозу и остеоартрозу в гериатрической практике. Показана пропорциональная зависимость между уровнем обращаемости пациентов, клинически выявленным остеопорозом и остеоартрозом, и его фактической распространенностью. Проведена корреляционная взаимосвязь приверженности пациентов к назначаемой терапии при первичном и повторном посещении врача-терапевта, а так же изучены основные предикторы повышения и снижения приверженности к терапии. выявление, структурирование и а также внедрение в клиническую практику таких предикторов как уровень обращаемости пациентов и их приверженность к терапии даст не только оценку существующим медико-образовательным программам, станет важнейшим аспектом для повышения эффективности диагностического поиска остеопороза и остеоартроза, поможет не только устранить факторы риска, видоизменить свой образ жизни, повысить физическую активность, уменьшить риск сопутствующих падений и переломов, но и способствовать инициации лечения и увеличения приверженности ему. Тем самым пролонгируется период активного долголетия и улучшается качество жизни пациентов старших возрастных групп.

Ключевые слова: остеопороз, остеоартроз, пожилой и старческий возраст, предикторы, медико-образовательные программы.

PREDICTORS KEY PERFORMANCE EVALUATION OF EXISTING MEDICAL AND EDUCATIONAL PROGRAMS OSTEOPOROSIS AND OSTEOARTHRITIS IN GERIATRIC PRACTICE

Zlobina I.¹, Krivtsunov A.²

¹Belgorod National Research University, Belgorod, Russia, e-mail: InnulkaZ@yandex.ru

²ANO "Research Medical Center, «Gerontology", Moscow, Russia, e-mail: Albek1984@list.ru

The problem of osteoporosis and osteoarthritis because of its prevalence among people of middle and old age is quite a serious problem for almost all modern and economically developed countries. The aim of our study was to investigate the level of uptake of patients and their adherence to therapy as the main predictors of assessing the impact of existing health education on osteoporosis and osteoarthritis in geriatric practice programs. The article first identified, studied and structured evaluation of the main predictors of the effectiveness of existing health education on osteoporosis and osteoarthritis in geriatric practice programs. It is shown that a proportional relationship between the level of uptake of patients clinically diagnosed with osteoporosis and osteoarthritis, and its actual prevalence. The correlation relationship of patients' adherence to therapy appointed in primary and re-visiting general practitioner, as well as studied the major predictors of increasing and decreasing adherence to therapy. Identifying, structuring and as well as the introduction into clinical practice of such predictors as the level of uptake of patients and their adherence to the therapy will not only assess the existing medical and educational programs, will be an important aspect to enhance the effectiveness of diagnostic search of osteoporosis and osteoarthritis, will not only help to eliminate the risk factors, modify your lifestyle, increase physical activity, reduce the risk of falls and fractures related, but also contribute to the initiation of treatment and increase adherence to it. Thus, it prolonged the period of active longevity and improved quality of life for patients of older age groups.

Key words: osteoporosis, osteoarthritis, an elderly and senile age, predictors, medical and educational programs.

Введение. Проблема остеопороза и остеоартроза представляют собой достаточно актуальную проблему, поскольку среди всех болезней костно-мышечной системы, встречающейся у людей пожилого и старческого возраста, имеют наибольшее распространение с постоянно увеличивающейся тенденцией [9].

Следует отметить, что оба заболевания коррелируют с возрастом, так среди лиц старше 50 лет остеоартроз и остеопороз встречаются у каждого четвертого (27%), а в возрасте старше 60 лет - практически у всех (97%) [1].

Значимость проблемы остеопороза и остеоартроза подтверждается еще и тем фактом, что по своим медико-социальным последствиям, которые характеризуются резким снижением качества жизни, инвалидизацией и смертностью, они занимают третье место, уступая лишь сердечно - сосудистым заболеваниям и сахарному диабету [10,11].

В большинстве случаев остеопороз и остеоартроз в старшей возрастной группе – это интегрированная патология. Лечение этих заболеваний в этой возрастной категории является преимущественно симптоматическим и, в некоторой степени, профилактическим, предупреждающим прогрессирование заболевания с развитием тяжелых функциональных нарушений [7].

Образовательные программы – неотъемлемая часть профилактики и лечения остеопороза и остеоартроза. В настоящее время разработаны и внедрены в практическое

использование образовательные программы как для пациентов с остеопорозом, так и для пациентов с остеоартрозом [2].

Образовательные программы мотивируют к выполнению рекомендаций врача и модификации факторов риска, обучают методам самоконтроля и помогают видоизменить свой образ жизни и физическую активность таким образом, чтобы предотвратить остеоартроз и остеопороз и связанные с ним переломы [3].

В настоящее время существуют различные формы обучения пациентов: листовки, брошюры для пациентов, лекции, видеофильмы, индивидуальные собеседования, обучающие программы с возможностью дискуссии и интерактивного общения. Целью обучения является не заполнение вакуума знаний, а прогрессивное изменение представлений больного о заболевании и его лечении, ведущее к изменению поведения, к истинному умению управлять лечением заболевания в активном союзе с врачом [4,8].

Информированность населения важна для выявления пациентов с факторами риска остеопороза и остеоартроза, и формирования групп повышенного риска, на которые должны быть направлены образовательные программы. После формирования групп риска остеопороза и остеоартроза целесообразно проводить образовательные программы в этих группах для модификации факторов риска [5].

Показано, что терапевтическое обучение пациентов с остеоартрозом и остеопорозом позволяет эффективно управлять заболеваниями и контролировать симптомы, грамотно использовать как лекарственные, так и нефармакологические методы терапии и уменьшать риск инвалидизации и эмоциональных расстройств у пожилых членов общества. Доказана большая экономическая целесообразность группового обучения пациентов, а также необходимость совместного обучения членов семьи пациента. Однако далеко не все образовательные программы влияют на изменение факторов образа жизни и проводимое пациентами лечение, а выживаемость знаний через год заметно снижается [6].

Именно поэтому необходимо выявление и структурирование основных предикторов результативности существующих медико-образовательных программ по остеопорозу и остеоартрозу.

Цель исследования. Изучение уровня обращаемости пациентов и их приверженности к терапии как основных предикторов оценки результативности существующих медико-образовательных программ по остеопорозу и остеоартрозу в гериатрической практике.

Материал и методы. В исследование было включено 352 пациента (а так же их медицинские амбулаторные карты и ЭМКАБ), находящихся на медицинском наблюдении в

МБУЗ «Городской клинической больнице № 1», поликлинике № 1, разделенных на возрастные категории:

- Категория больных молодого возраста – 18-40 лет – 36 человек (10,2%).
- Категория больных среднего возраста – 41-59 лет – 94 человека (26,7%).
- Категория больных пожилого возраста – 60-74 лет – 136 человек (38,6%).
- Категория больных старческого возраста – 75-89 лет – 86 человек (24,4%).
- Категория долгожителей – 90 лет и выше.

Статистическая обработка проводилась методом математического анализа исходя из результатов осмотра и данных амбулаторных карт.

Результаты и их обсуждение. Одним из важнейших компонентов оценки результативности существующих медико-образовательных программ по остеопорозу и остеоартрозу является уровень обращаемости пациентов и их приверженности к терапии.

Критерием оценки уровня обращаемости является медицинская амбулаторная карта больного на бумажном носителе и электронная медицинская карта амбулаторного больного (ЭМКАБ). В обоих вариантах уровень обращаемости эквивалентен отметке о посещении пациента с указанием даты и диагноза.

При анализе медицинских амбулаторных карт и ЭМКАБ нами были получены следующие данные. Из 352 исследуемых пациентов, прикрепленных к территориальному участку № 30, за период исследования по поводу остеопороза обратились 4 чел. (1,1%), из них все лица пожилого возраста; по поводу остеоартроза – 59 чел. (16,8%), из них пациенты среднего возраста составили 19 чел. (32,2%), пациенты пожилого и старческого возраста – 40 чел. (67,8%); по поводу остеопороза и остеоартроза – 9 чел. (2,6%), из них среднего возраста – 2 чел. (22,2%), пожилого и старческого возраста – 7 чел. (77,8%). Помимо этого, обращает на себя внимание наличие патологии у пациентов, обратившихся по другому поводу. Так, остеопороз и остеоартроз клинически был выявлен у 222 чел. (63%) из числа исследуемых, из них пациенты среднего возраста составили 47 чел. (21,2%), пациенты пожилого и старческого возраста – 175 чел. (78,8%). Это свидетельствует о достаточно высоком пороге длительной бессимптомности процессов (в частности остеопороза).

На момент обращения среди пациентов жалобы характеризовались как кратковременные боли в суставах после сна (стартовые боли); связанные с физической нагрузкой (типичные боли); внезапная резкая боль в суставе при малейшем движении – «суставная мышшь» (блокадная боль); так и ночные боли («суставная мигрень»).

При этом в отличие от старшей возрастной группы болевой синдром в позвоночнике (больше шейном и пояснично-крестцовом) и костях (больше плечевая, бедренная, кости голени) характерен для средней возраста - у 17 чел. (4,8%) и 11 чел. (3,1%) соответственно.

Непосредственным предиктором обращаемости пациентов стал не столько сам болевой синдром, сколько взаимосвязь между болевым и астено-невротическим синдромами и выраженность последнего по отношению к первому, непосредственно усугубляющего и снижающего качество жизни пациентов.

При этом немаловажным аспектом является приверженность пациентов к медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Медикаментозные назначения носили стандартный характер и соответствуют протоколам.

Общие принципы медикаментозной терапии были следующими:

- начало лечения с минимальных доз одного препарата;
- переход к препаратам другого класса при недостаточном эффекте терапии (после увеличения дозы первого препарата) или плохой переносимости;
- использование препаратов длительного действия для достижения 24-часового эффекта при однократном приеме;
- использование оптимальных сочетаний препаратов.

Немедикаментозные назначения включали как рекомендации по диете и образу жизни, методы физической реабилитации, так и физиолечение.

Так, при первом посещении врача-терапевта медикаментозная терапия назначена 68 чел. (19,3%), из них пациенты среднего возраста составили 21 чел. (30,9%), пациенты пожилого и старческого возраста – 47 чел. (69,1%). Немедикаментозная терапия составила 94 чел. (29,7%) средней возрастной группы в сравнении с 222 чел. (70,3%) старшей возрастной группы. Комплексная (медикаментозная и немедикаментозная) терапия назначена 222 чел. (63%), из них пациенты среднего возраста составили 47 чел. (21,2%), пациенты пожилого и старческого возраста – 175 чел. (78,9%). Из них прошли обучение в образовательных программах по остеопорозу и/или остеоартрозу когда-либо 4 чел. (1,8%), из них все пациенты старшей возрастной группы.

Ко второму посещению врача-терапевта назначенную медикаментозную терапию продолжали принимать 29 чел. (8,2%), из них пациенты среднего возраста составили 9 чел. (31%), пациенты пожилого и старческого возраста – 20 чел. (69%). Немедикаментозное лечение продолжали выполнять 150 чел. (42,6%), из них пациенты среднего возраста

составили 47 чел. (31,3%), пациенты пожилого и старческого возраста – 103 чел. (68,7%). Комплексную (медикаментозную и немедикаментозную) терапию продолжали получать 86 чел. (24,4%), из них пациенты среднего возраста составили 24 чел. (27,9%), пациенты пожилого и старческого возраста – 62 чел. (72,1%).

При этом приверженность к терапии повышали: женский пол, высокий уровень образования, высокий доход, состояние в браке, высокий уровень культуры, применение комбинированных препаратов, акцентуация характера.

Предикторами снижения приверженности к терапии явились:

- 1 - наличие психологических проблем, особенно депрессии;
- 2 - наличие когнитивных нарушений (пациент просто не может понять, зачем ему назначили лечение или в связи со снижением памяти забывает принять лекарственное средство);
- 3 - бессимптомное заболевание - остеопороз (пациент не понимает, почему он должен принимать препарат, если его ничего не беспокоит, тем более если он обладает побочными эффектами);
- 4 - неадекватное наблюдение и/или рекомендации;
- 5 - побочные эффекты;
- 6 - недостаточная вера больного в пользу лечения;
- 7 - недостаточная информированность пациента о его заболевании;
- 8 - наличие препятствий к предоставлению медицинской помощи;
- 9 - сложность терапии;
- 10 - высокая стоимость лечения, включая сопутствующие затраты;
- 11 – полиморбидность.

Отмечено, что семейный фактор - наличие семьи, сходные заболевания у родственников имеют особенно важное значение в обеспечении немедикаментозного раздела терапии.

Заключение. Наше исследование показало, что доля клинически выявленного остеопороза и остеоартроза при посещении врача-терапевта пропорционально возрастает у пациентов пожилого и старческого возраста в сравнении с его фактической распространенностью. Это свидетельствует не только о низком раннем скрининге данных заболеваний, но и недостаточной эффективности, либо полном отсутствии медико-образовательных программ по остеопорозу и остеоартрозу для исследуемых. Аналогичная корреляционная зависимость отмечалась при изучении приверженности пациентов к

назначаемой терапии, при этом доля выполняемых рекомендаций, назначаемых врачом-терапевтом, обратно пропорциональна при его повторном посещении.

Таким образом, выявление, структурирование и а также внедрение в клиническую практику таких предикторов как уровень обращаемости пациентов и их приверженность к терапии даст не только оценку существующим медико-образовательным программам, станет важнейшим аспектом для повышения эффективности диагностического поиска остеопороза и остеоартроза, поможет не только устранить факторы риска, видоизменить свой образ жизни, повысить физическую активность, уменьшить риск сопутствующих падений и переломов, но и способствовать инициации лечения и увеличения приверженности ему. Тем самым пролонгируется период активного долголетия и улучшается качество жизни пациентов старших возрастных групп.

Список литературы.

1. Волков А.И. Основные задачи международной декады (The Bone and Joint Decade 2000-2001) в совершенствовании борьбы с наиболее распространёнными заболеваниями опорно-двигательного аппарата в России / А.И. Волков, Е.И. Гусев, А.Б. Зборовский [и др.]. // Научно-практическая ревматология. - 2001. - № 2. - С. 4 – 8.
2. Евстигнеева Л.П. Совершенствование образовательной деятельности в области остеопороза / Л.П. Евстигнеева // Профилактическая медицина. - 2009. - № 6. - С. 27 - 29.
3. Казимирко В.К. Остеопороз: патогенез, клиника, профилактика и лечение / В.К. Казимирко, В.Н. Коваленко, В.И. Мальцев. – 2-е изд., стереотип. – К.: МОРИОН, 2006. – 160 с.
4. Насонов Е.Л. Остеопороз и остеоартроз: взаимоисключающие или взаимодополняющие болезни? / Е.Л. Насонов // Consilium medicum. - 2000. – Т. 6, № 2. - С. 248 - 250.
5. Прощаев К.И. Основные гериатрические синдромы / К.И. Прощаев, А.Н. Ильницкий, Н.И. Жернакова // АНО «НИМЦ «Геронтология».- Белгород: Белгор. обл. тип., 2012. - С. 125 - 135.
6. Терапевтическая среда в домах-интернатах для пожилых граждан и инвалидов / под.: К.И. Прощаева [и др.]. – М.; Белгород: Белгор. обл. тип., 2012. - 172 с.
7. Brocklehurst J.C. Fracture of the femur in old age: a two-centre study of associated clinical factors and the cause of the fall / J.C. Brocklehurst, A.N. Exton-Smith, S.M. Lempert Barber [et al.]. // Age Ageing. - 1978. - № 7. - P. 15.

8. Kanis J.A. Diagnosis of osteoporosis and assessment of fracture risk / J.A. Kanis // *Lancet*. - 2002. - Vol. 359, № 9321. - P. 1929 - 1936.
9. McCann R.M. Effect of osteoporosis on bone mineral density and fracture repair in a rat femoral fracture model / R.M. McCann, G. Colleary, C. Geddis [et al.]. // *J. Orthop. Res.* - 2008. - Vol. 26, №. 3. - P. 384 - 393.
10. Niu T. Candidate genes for osteoporosis / T. Niu, X. Xu // *Am. J. Pharmacogenomics*. - 2001. - № 1. - P. 11 - 19.
11. Michalakis K. Pregnancy- and lactation-associated osteoporosis: a narrative mini-review / K. Michalakis, P. Peitsidis, I. Ilias // *Endocr Regul.* - 2011. - Vol. 45, №. 1.-P. 43 – 47.

References.

1. Volkov A.I., Gusev E.I., Zborovskij A.B. *Nauchno-prakticheskaja revmatologija*. 2001, no. 2, pp. 4 – 8.
2. Evstigneeva L.P. *Preserving medicine*. 2009, no. 6, pp. 27 - 29.
3. Kazimirko V.K., Kovalenko V.N., Mal'cev V.I. *Osteoporoz: patogenez, klinika, profilaktika i lechenie* (Osteoporosis: pathogenesis, clinical features, prevention and treatment). Kiev, 2006. 160 p.
4. Nasonov E.L. *Consilium medicum*. 2000, Vol. 6, no. 2, pp. 248 - 250.
5. Proshhaev K.I., Il'nickij A.N., Zhernakova N.I. *Osnovnye geriatricheskie sindromy* (Basic geriatric syndromes). Belgorod, 2012, pp. 125-135.
6. Proshhaev K.I. *Terapevticheskaja sreda v domah-internatah dlja pozhilyh grazhdan i invalidov* (Therapeutic environment in nursing homes for the elderly and disabled). Moscow, Belgorod, 2012. 172 p.
7. Brocklehurst J.C., Brocklehurst J.C., Exton-Smith A.N., Lempert Barber S.M., Hunt L.P., Palmer M.K. *Age Ageing*. 1978, no. 7, p. 15.
8. Kanis J.A. *Lancet*. 2002, Vol. 359, no. 9321, pp. 1929 - 1936.
9. McCann R.M., Colleary G., Geddis C., [Clarke S.A.](#), [Jordan G.R.](#), [Dickson G.R.](#), [Marsh D. J.](#) *Orthop. Res.* 2008, Vol. 26, no. 3, pp. 384 - 393.
10. Niu T., X. Xu *Am. J. Pharmacogenomics*. 2001, no. 1, pp. 11 - 19.
11. Michalakis K., Peitsidis P., Ilias I. *Endocr Regul.* 2011, Vol. 45, no. 1, pp. 43 – 47.