

Новости Всемирного конгресса по остеоартриту (OARSI 2014)



24-27 апреля в Центре новых индустрий и технологий (CNIT, г. Париж, Франция) состоялся очередной Всемирный конгресс по остеоартриту, организованный Международным обществом по исследованию остеоартрита (The Osteoarthritis Research Society International – OARSI). Этот глобальный форум объединил всех людей, занимающихся изучением или лечением остеоартрита (ОА), – радиологов, ревматологов, ортопедов, физиотерапевтов, реабилитологов, а также специалистов в области фундаментальных наук и менеджеров здравоохранения. На 6 пленарных заседаниях и 20 отдельных сессиях обсуждался широкий спектр тем, связанных с повреждением и восстановлением суставов при ОА. Предлагаем вниманию читателей наиболее интересные абстракты, представленные в виде докладов и постерных презентаций.

Тяжесть остеоартрита в глобальных популяциях

Международная исследовательская группа, включающая ученых из Германии, Великобритании и Австралии, представила данные распространенности различного по степени тяжести ОА коленного и тазобедренного суставов в глобальных популяциях.

ОА коленного или тазобедренного сустава легкой степени тяжести определяли как «боль в ноге, вызывающая некоторые трудности при ходьбе, беге на большие дистанции, вставании и приседании». ОА средней степени тяжести – как «средневыраженная боль в ноге, заставляющая хромать и вызывающая некоторые трудности при ходьбе, поднятии и переносе тяжестей, вставании и приседании, а также проблемы со сном», тяжелая форма ОА – как «тяжелая боль в ноге, заставляющая хромать и вызывающая значительные трудности при ходьбе, стоянии на месте, поднятии и переносе тяжестей, вставании и приседании, а также проблемы со сном». Кроме того, легкому, среднетяжелому и тяжелому течению ОА соответствуют оценки по шкале WOMAC 0-5, 6-13 и 14-20 баллов.

Исследователи указывают, что в большинстве регионов мира популяционные данные по распространенности ОА коленного и тазобедренного суставов с указанием степени тяжести заболевания ограничены. Тем не менее, проанализировав имеющуюся информацию, они пришли к выводу, что распределение пациентов с ОА по степени тяжести заболевания зависит прежде всего от экономического благополучия региона проживания и не зависит от пола. В странах с высоким уровнем валового внутреннего продукта (ВВП) на душу населения доля пациентов с легким, среднетяжелым и тяжелым течением ОА от общего количества больных ОА составила 71, 27 и 2%, в странах с низким ВВП – 47, 36 и 17% соответственно. По мнению авторов, в будущих исследованиях необходимо оценивать распространенность ОА с указанием степени тяжести заболевания, используя стандартизированные определения, что позволит более достоверно сравнивать данные в разных популяциях (M. Cross et al., Abstract 363).

Влияние потребления жиров на прогрессирование остеоартрита

На сегодня установлено, что ожирение является фактором риска прогрессирования ОА. В то же время значимость диетических факторов на патогенез этого заболевания практически не изучалась. Целью исследования, представленного специалистами из США, было изучить возможную взаимосвязь между потреблением жиров и радиологическим прогрессированием ОА коленного сустава.

В целом 2134 пациента (3045 коленных суставов) с радиологическим ОА коленного сустава (степень по Kellgren-Lawrence >2) наблюдали 1 раз в год на протяжении 4 лет. Потребление жиров (всех жиров, насыщенных, моно- и полиненасыщенных) оценивали с помощью опросника BFFQ, прогрессирование ОА определяли по динамике ширины суставной щели (ШСЩ). Статистический анализ проводили с поправкой на исходный индекс массы тела (ИМТ), диетические факторы (общую энергетическую ценность рациона, потребление мяса, овощей и фруктов, соли и безалкогольных напитков) и другие потенциальные факторы риска прогрессирования ОА, включая возраст, расово-этническую принадлежность, семейный статус и доход, наличие депрессии, применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и др.

В среднем участники употребляли 50,5 г жиров в день. У женщин была выявлена достоверная прямая корреляция между количеством потребляемых жиров на момент включения и скоростью уменьшения ШСЩ ($p=0,001$). В верхнем квартиле по употреблению жиров ШСЩ уменьшалась почти в 2 раза быстрее, чем в нижнем. У женщин с ИМТ ≥ 30 кг/м² эта взаимосвязь была выражена сильнее, чем у пациентов с ИМТ <30 кг/м². Аналогичные ассоциации также были отмечены для насыщенных, моно- и полиненасыщенных жиров. У мужчин количество ежедневно употребляемых жиров на скорость уменьшения ШСЩ не влияло.



Таким образом, у женщин с ОА коленного сустава высокое потребление жиров ассоциируется с ускоренным прогрессированием заболевания. Как считают авторы, эти результаты требуют проведения исследований, в которых будет оцениваться долгосрочная эффективность ограничения потребления жиров у пациентов с ОА, в особенности с ОА и ожирением (C.V. Eaton et al., Abstract 362).

Комбинация глюкозамина и хондроитинсульфата по обезболивающему эффекту не уступает цефекоксиду

Ранее в исследовании GAIT (Glucosamine/Chondroitin Arthritis Intervention Trial) было установлено, что фиксированная комбинация глюкозамина гидрохлорида (ГГ) и хондроитинсульфата (ХС) эффективна по сравнению с плацебо у пациентов с ОА коленного сустава, сопровождающимся болью (N Engl J Med 2006; 354 (8): 795-808). При этом первичной конечной точки – уменьшения боли не менее чем на 20% – достигло одинаковое количество пациентов в группе ГГ/ХС и группе цефекоксида 200 мг.

Целью нового рандомизированного двойного слепого плацебо контролируемого исследования, результаты которого были представлены на OARSI 2014, было изучить эффективность и безопасность фиксированной комбинации ГГ/ХС и цефекоксида у пациентов с симптомным ОА коленного сустава с выраженной болью. Участников рандомизировали для получения ГГ/ХС (250/200 мг) по 2 капсулы 3 р/сут или цефекоксида (200 мг) 1 р/сут. Критериями включения были возраст 40 лет и старше, диагноз ОА коленного сустава в соответствии с критериями Американской коллегии ревматологии (American College of Rheumatology – ACR), 2 степень заболевания по Kellgren-Lawrence или 3 радиологическая степень и боль по шкале WOMAC >301 балла из 500 возможных. Пациентов с гастроинтестинальными и/или сердечно-сосудистыми факторами риска из участия в исследовании исключали. Первичной конечной точкой было среднее снижение боли по шкале WOMAC после 6 мес терапии.

Скрининг прошли 763 пациента, из них 606 были рандомизированы для получения ГГ/ХС ($n=304$) или цефекоксида ($n=302$). Полностью завершили 6-месячный курс лечения 522 пациента.

Средний возраст больных составил 62,7 года, женщин было 83,9%. Изменения 2 степени по Kellgren-Lawrence наблюдались у 327 (62,6%) пациентов.

Средняя оценка боли на момент рандомизации составляла 372,0 \pm 41,8 балла в группе ГГ/ХС и 370,6 \pm 41,4 балла в группе цефекоксида. После 180 дней терапии она снизилась до 185,8 \pm 7,4 и 184,7 \pm 7,6 балла соответственно (разница между группами недостоверна; $p=0,917$). Дополнительные статистические анализы подтвердили этот результат. Кроме того, группа ГГ/ХС и группа цефекоксида не различались по абсолютному уменьшению скованности и улучшению функции по соответствующим подшкалам WOMAC, а также 5 индивидуальным показателям подшкалы боли WOMAC через 6 мес лечения.

Неблагоприятные явления на фоне терапии в целом наблюдались у 50,7% пациентов без различий между группами, летальных исходов зафиксировано не было.

Таким образом, результаты нового исследования продемонстрировали, что по облегчению боли в коленном суставе у пациентов с ОА фиксированная комбинация ГГ/ХС как минимум не уступает цефекоксиду при сопоставимом профиле безопасности (M.C. Hochberg et al., Abstract 36).

У женщин остеоартрит повышает риск развития заболеваний сердца

Канадские исследователи изучали связь между ОА и впервые диагностированными заболеваниями сердца, используя данные национального проспективного исследования NPHS.

У канадцев в возрасте старше 18 лет каждые 2 года с 1994-1995 по 2010-2011 гг. определяли наличие хронических заболеваний, социально-демографические показатели, особенности образа жизни и т. д. В целом в анализ вошли 12 500 человек, не имеющих в анамнезе кардиальной патологии на момент включения. За исследованный период было зафиксировано 1783 новых кардиологических диагноза. Последние включали ишемическую болезнь сердца (ИБС), сердечную недостаточность и смерть от ИБС.

После поправки на демографические переменные и множество других известных факторов риска ИБС оказалось, что у женщин с ОА риск развития заболеваний сердца был в 1,8 раза выше по сравнению с таковым у женщин без ОА. ОА, ограничивающий активность, повышал этот риск в 2,5 раза. В то же время у мужчин существенного повышения риска развития ИБС при наличии ОА не отмечено.

Учитывая, что ОА является наиболее распространенным типом артрита, результаты исследования подтверждают взаимосвязь между ОА и развитием заболеваний сердца у женщин, заключили авторы (M. Badley et al., Abstract 358).

Нарушения ходьбы вследствие остеоартрита повышают риск развития тяжелых осложнений сахарного диабета

У пациентов с сахарным диабетом (СД) функциональные ограничения, вызванные ОА, затрудняют самостоятельный контроль заболевания, что повышает риск развития диабетических осложнений. Клиническая значимость этой проблемы очень высокая, поскольку у 50-60% пациентов с длительным анамнезом СД также отмечается ОА кисти, коленного или тазобедренного сустава.

В ретроспективном исследовании, проведенном в провинции Онтарио (Канада), приняли участие 2156 пациентов, страдающих среднетяжелой или тяжелой формой ОА коленного или тазобедренного сустава. На момент включения (1996-1998 гг.) у 457 больных был диагностирован СД 1 или 2 типа.

Средний возраст пациентов с СД был 71,6 года (все были старше 55 лет), у 41% имелось ожирение и у 53,2% – ранее диагностированные сердечно-сосудистые заболевания. Средняя оценка нарушений ходьбы по 3-балльной шкале HAQ равнялась 2 баллам, оценка силы рукопожатия по 3-балльной шкале HAQ – 1 балл, суммарный индекс WOMAC – 43,4 балла. (Нарушения ходьбы 2 балла по шкале HAQ означают значительные трудности при ходьбе по ровной поверхности, сила рукопожатия 1 балл по шкале HAQ – трудности с выполнением одной из следующих задач: открывание двери авто, открывание ранее открытой банки или открывание/закрывание крана.) Вспомогательные устройства или стороннюю помощь при ходьбе использовали 55,5% больных, и 39% пациентов постоянно принимали НПВП.

После наблюдения в среднем 6,6 года комбинированная первичная конечная точка (госпитализация вследствие гипогликемии, инфекция мягких тканей, ампутация или начало хронического диализа) развилась у 37% пациентов с СД.

Многомерный статистический анализ показал отсутствие влияния исходной силы рукопожатия на конечные точки (стандартизованный относительный риск – 1,16; $p=0,07$). Однако дополнительный анализ, учитывавший назначение противодиабетических препаратов и НПВП у пациентов в возрасте 68 лет и старше, выявил, что и сила рукопожатия, и нарушения ходьбы по шкале HAQ являются достоверными предикторами риска осложнений СД – с повышением оценок HAQ на 1 балл риск диабетических осложнений повышался на 36% ($p=0,003$) и 26% ($p=0,01$) соответственно.

Авторы отмечают, что сниженная сила рукопожатия и нарушения ходьбы являются модифицируемыми факторами, при воздействии на которые можно уменьшить риск осложнений как ОА, так и СД (G.A. Hawker et al., Abstract 671).

Значимость физических нагрузок у пациентов с остеоартритом коленного сустава

Ученые из Нидерландов представили результаты исследования, посвященного влиянию приверженности к физическим нагрузкам (ФН) на клинические исходы ОА коленного сустава.

В анализ включили 159 больных ОА – участников ранее завершившегося рандомизированного контролируемого исследования STABILITY, в котором две 12-недельные программы ФН продемонстрировали одинаковую эффективность. Приверженность к ФН во время лечения определяли как количество посещений тренировок и количество дней с домашними тренировками. После завершения лечения приверженность оценивали по количеству дней, на протяжении которых проводились домашние тренировки и/или осуществлялась другая физическая активность (например, занятия спортом). Конечными точками были физическая активность по шкале WOMAC, боль по шкале NRS, мышечная сила бедра и нестабильность коленного сустава.

В результате было установлено, что приверженность к тренировкам в клинике и домашним тренировкам во время лечения достоверно ассоциировалась с улучшением функциональных возможностей и увеличением мышечной силы. По окончании программы ФН высокая приверженность к тренировкам имела аналогичный эффект.

Следовательно, физиотерапевты должны мотивировать своих пациентов с ОА не только посещать тренировки в клинике, но и заниматься спортом самостоятельно в домашних условиях с целью оптимизации терапевтического эффекта ФН, заключили авторы (J. Knoop et al., Abstract 837).

Исходы тотального протезирования тазобедренного сустава

Тотальное протезирование коленного сустава (ТПКС) является высокоэффективным и экономически выгодным (в развитых странах) методом лечения. После операции у большинства пациентов значительно уменьшается боль, улучшаются функциональные возможности и качество жизни. Однако 5-10% больных результаты вмешательства не удовлетворяют.

Чтобы лучше изучить эту проблему, исследователи из Великобритании проанализировали исходы ТПКС у 68 156 пациентов (2009-2012 гг.) с акцентом на изменение качества жизни, связанного со здоровьем.

Из всех процедур 59% были проведены у женщин. Из восьми подгрупп больных наибольшей была группа пациентов в возрасте 70-79 лет, затем следовала группа женщин 60-69 лет (22 и 20% соответственно). Только 4% пациентов составили мужчины в возрасте 80 лет и старше. В среднем ТПКС проводилось в возрасте 68 лет у мужчин и 69 лет у женщин. В 87%

процедур первичным диагнозом был ОА («кокстартоз» по Международной классификации болезней 10-го пересмотра).

До операции средняя оценка по шкале OHS составила 18,1 балла, через 6 мес после протезирования она улучшилась до 38,5 балла. Улучшение больше всего было выражено у женщин в возрасте 45-49 лет, в то время как у мужчин в возрасте 80 лет и старше оно было наименьшим. Качество жизни, связанное со здоровьем (оценивалось с помощью опросника EQ-5D), улучшилось с исходных 0,35 до 0,77 балла. Максимальные положительные изменения качества жизни отмечены в наиболее молодой и наиболее возрастной группах женщин, а минимальные – у мужчин в возрасте 45-49 лет.

Хороший исход операции (оценка OHS 38 баллов и выше) в целом достигнут у 65% пациентов, у остальных 35% больных он был расценен как удовлетворительный. В четырех

возрастных группах женщин (45-59, 60-69, 70-79 и ≥ 80 лет) хороший исход зафиксирован в 64, 67, 59 и 49% случаев, у мужчин эти цифры составили 74, 69, 60 и 64% соответственно.

Таким образом, ТПКС позволяет значительно уменьшить боль и повысить функциональные возможности, на что указывает улучшение оценки OHS на 20 баллов. Кроме того, после процедуры резко повышается качество жизни – на 40% по шкале от смерти до идеального здоровья (EQ-5D) (R. Pinedo-Villanueva et al., Abstract 375).

Официальный сайт конгресса: 2014.oarsi.org
Все абстракты OARSI 2014:
prgmobileapps.com/AppUpdates/oarsi/abstracts

Подготовил Алексей Терещенко

37

ТЕРАФЛЕКС®

ПОСЛІДОВНЕ ЛІКУВАННЯ СИМПТОМІВ ОСТЕОАРТРОЗУ



**2-й КРОК
БАЗИСНА ТЕРАПІЯ
І ПРОФІЛАКТИКА
ЗАГОСТРЕНЬ
(2-6 місяців та більше)**

- Терафлекс® по 3 капсули на добу

**ПОСИЛЕНИЙ
ЗНЕБОЛІВАЛЬНИЙ
ЕФЕКТ**



**1-й КРОК
ВПРОДОВЖ
ПЕРІОДУ ЗАГОСТРЕННЯ**

- Терафлекс® Аванс по 2 капсули 3 рази на добу після прийому їжі



Реклама лікарського засобу.
Для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики.
Реєстраційне посвідчення МОЗ України № UA/7749/01/01 від 29.12.2012, №UA/4142/01/01 від 13.12.2010