

А.В. Курята
Е.А. Фролова

Днепропетровская
государственная
медицинская академия

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ ЗИНАКСИНОМ ПЛЮС ГЛЮКОЗАМИН

Ключевые слова:

остеоартроз коленных
суставов, Зинаксин Плюс
Глюкозамин, безопасность.

Резюме. Цель исследования — оценить эффективность и безопасность применения Зинаксина Плюс Глюкозамин («Ферросан», Дания) у пациентов с остеоартрозом (ОА) коленных суставов.

В открытое клиническое исследование включили 17 пациентов (4 мужчин и 13 женщин) с ОА коленных суставов, длительность заболевания составляла в среднем $5,2 \pm 0,68$ года. Всем пациентам дополнительно к нестероидному противовоспалительному препарату был назначен Зинаксин Плюс Глюкозамин в дозе 3 капсулы в сутки.

За период лечения отмечали положительную динамику, что подтверждалось уменьшением субъективного ощущения боли по визуальной аналоговой шкале к концу исследования на 48% ($p < 0,05$) в состоянии покоя и на 49,6% ($p < 0,05$) при движении. Снижение индекса Лекена более выражено в основной группе — на 42,41% ($p < 0,05$).

Большинство участников исследования отметили положительное влияние Зинаксина Плюс Глюкозамин: 47,05% — значительное улучшение, 41,17% — умеренное улучшение и 5,88% — незначительное улучшение. В основной группе выявили более выраженное снижение дозы диклофенака натрия по сравнению с контрольной группой. К концу 2-й недели снизилась на 44,86% в основной, на 24,16% в контрольной группе. В конце наблюдения на 83,33 и 46,92% соответственно. Существенных побочных эффектов, требующих отмены Зинаксина Плюс Глюкозамин, на протяжении исследования не отмечено.

Таким образом Зинаксин Плюс Глюкозамин эффективен и безопасен при лечении пациентов с суставным синдромом и может быть использован для продолжительной терапии у больных с ОА коленного сустава.

ВВЕДЕНИЕ

Остеоартроз (ОА) — наиболее распространенная форма поражения суставов, частота которой достигает максимальных значений у лиц старшего возраста (Дядык А.И. и соавт., 2005). Среди ревматических заболеваний ОА занимает первое место и в странах Европы находится на втором месте по распространенности после ишемической болезни сердца (ИБС) и цереброваскулярных заболеваний (Поливода С.В., Черепок А.А., 2005). По данным популяционных исследований его распространенность составляет от 4,2 до 22,6%. В структуре ревматических заболеваний его частота составляет 40–50% (Дядык А.И. и соавт., 2005). Актуальность проблемы ОА в Украине подтверждают значительные распространенность (2200,6 на 100 000 населения), а также такие тяжелые последствия заболевания, как временная нетрудоспособность, инвалидизация больных, необходимость протезирования суставов на поздних стадиях ОА (Мхитарян Л.С. и соавт., 2005).

Основные факторы патогенеза ОА — совокупность биологических и механических факторов, нарушающих баланс между процессами дегенерации и синтеза внеклеточного матрикса суставного хряща и субхондральной кости. Это обуславливает истончение, разволокнение суставного хряща, приво-

дит к остеосклерозу кортикального слоя субхондральной кости и формированию остеофитов, кист и развитию синовита.

Основные задачи при лечении ОА — уменьшение выраженности боли и воспалительных изменений в пораженных суставах, улучшение функциональной активности, снижение риска обострений и поражения новых суставов, замедление прогрессирования заболевания, улучшение качества жизни пациента и предотвращение его инвалидности (Мазурова В.И., 2001).

В соответствии с Рекомендациями Европейской антиревматической лиги (EULAR) (2003) лечение пациентов с гонартрозом требует комбинации нефармакологических и фармакологических методов лечения (Jordan K.M. et al., 2004). К нефармакологическим методам относят образовательные программы, физические упражнения, поддерживающие средства (трость, супинаторы, фиксаторы коленного сустава) и уменьшение массы тела (Jordan K.M. et al., 2004).

При лечении пациентов с ОА согласно Рекомендациям Американского ревматологического колледжа и EULAR (2003) выделяют такие группы препаратов: 1) препараты симптоматического действия: быстродействующие (анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты — НПВП); 2) препараты

патогенетического действия (SYSADOA) — медленнодействующие или структурно модифицирующие хрящ: глюкозамина сульфат, хондроитин сульфат, немомыляемые соединения авокадо/сои, диацирин, галарановая кислота и некоторые растительные экстракты (экстракт имбиря). Эти препараты являются безопасными и характеризуются минимумом побочных эффектов (Поворознюк В.В., 2004).

Парацетамол рекомендуют как препарат первой линии для лечения при ОА (Рекомендации Американского ревматологического колледжа и EULAR, 2003). Однако он оказывает только обезболивающее действие без противовоспалительной активности и является менее эффективным по сравнению с НПВП (Станиславчук Н.А., Борткевич О.П., 2005). Наиболее широко применяемыми препаратами для лечения при ОА являются НПВП благодаря сочетанию противовоспалительных, жаропонижающих и анальгетических свойств. Вместе с тем применение НПВП у больных с ОА сопряжено с высоким риском развития побочных реакций: гастропатией, нарушением функции почек, агрегацией тромбоцитов, кардиоваскулярными осложнениями (Коваленко В.Н., Борткевич О.П., 2003). В первую очередь это связано с тем, что у многих больных с ОА пожилого возраста выявляют такие сопутствующие заболевания, как ИБС, артериальная гипертензия, желудочно-кишечная патология, кроме того снижение клубочковой фильтрации и почечного кровотока (Дядык А.И. и соавт., 2005). Известно, что НПВП/коксибы противодействуют антигипертензивным эффектам препаратов, блокирующих альдостерон-ренин-ангиотензивную систему (ингибиторы ангиотензинпревращающих ферментов, блокаторы рецепторов ангиотензина) и в меньшей степени — блокаторов β -рецепторов (Morgan T., Anderson A., 2003). С учетом того, что чаще ревматологические заболевания развиваются у лиц старшего возраста, особо актуальным являются вопросы безопасности проводимой терапии. Максимальный риск возникновения осложнений у пациентов пожилого возраста с сопутствующей патологией, применяющих глюкокортикостероиды. Так, в США смерть 16 500 больных связывают с применением НПВП (гастроинтерстициальное кровотечение) (Brandt K., 2000; Станиславчук Н.А., Борткевич О.П., 2005). Кроме этого, для многих характерно хондротоксическое действие.

SYSADOA — препараты с медленно развивающимся симптоматическим эффектом: уменьшением выраженности боли, выраженности воспаления, благоприятно влияющие на метаболизм суставного хряща. Наиболее изученными препаратами этой группы являются глюкозамин сульфат и хондроитин сульфат. На сегодня доказательной базой для применения глюкозамина являются Рекомендации EULAR (2003): доказательный подход к лечению ОА коленных суставов: отчет специальной комиссии постоянного комитета международных клинических исследований (ESCSIT), 2004 (Мхитарян Л.С., Гавриленко Т.И., 2005). Можно выделить два вида влияния глюкозамина на суставной хрящ: анаболический — стимуляция синтеза глюкозаминогликанов (ГАГ)

и протеогликанов (ПГ), включение маркеров синтеза ГАГ в хондроциты, повышение синтетической активности хондроцитов в культуре тканей; антикатаболический — угнетение хондролитизиса и активности лизосомальных ферментов, которые разрушают хрящ и препятствует негативному влиянию на хрящ НПВП (Мхитарян Л.С., Гавриленко Т.И., 2005).

Среди препаратов растительного происхождения, используемых для лечения пациентов с ОА, широкое применение нашел Зинаксин («Ферросан», Дания). В его производстве использована уникальная технология LipoCap™, предусматривающая получение липосомальных микрокапсул, по структуре напоминающих жировую клетку, внутри которой содержится действующее вещество, что обеспечивает максимальную биодоступность препарата. *In vitro* Зинаксин уменьшает образование медиаторов воспаления (простагландинов и лейкотриенов) за счет угнетения активности циклооксигеназы (ЦОГ)-2 и 5-липооксигеназы, что способствует уменьшению выраженности боли и воспаления. В лабораторных исследованиях выявлена способность Зинаксина восстанавливать нормальный метаболизм суставного хряща (Дядык А.И. и соавт., 2005). Клиническая эффективность Зинаксина у пациентов с ОА подтверждена данными многоцентрового плацебо-контролируемого исследования, проводимого в течение 6 нед под руководством профессора R.D. Altman (США). В настоящее время в Украине зарегистрирован Зинаксин Плюс Глюкозамин («Ферросан», Дания) комплексного действия для использования при ОА, в состав которого входит глюкозамина сульфат в дозе 500 мг.

Цель исследования — оценить эффективность и безопасность использования комбинированного средства Зинаксин Плюс Глюкозамин («Ферросан», Дания) у пациентов с ОА коленных суставов.

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В открытое клиническое исследование включили 17 пациентов (4 мужчин и 13 женщин) в возрасте от 48 до 65 лет (средний возраст — $57,12 \pm 1,75$ года) с ОА коленных суставов согласно диагностическим критериям ОА Американской коллегии ревматологов (Коваленко В.Н., Борткевич О.П., 2003) II–III рентгенологической стадией по Kellgren и Lawgense с нарушением функции суставов I–II степени. У всех больных отмечали выраженный болевой синдром — выраженность боли в покое >30 мм, при ходьбе — 40 мм и более по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Длительность заболевания составляла от 2 до 10 лет (в среднем — $5,2 \pm 0,68$ года).

Критериями исключения являлись обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в течение последних 3 мес, наличие в анамнезе желудочно-кишечных кровотечений, отказ больного, аллергические реакции в анамнезе.

Всем пациентам как минимум за 3 дня до назначения Зинаксина Плюс Глюкозамин не меняли ранее подобранную дозу НПВП. Средняя доза приема диклофенака натрия в основной группе составила $114,7 \pm 8,04$ мг/сут. Местную терапию глюкокорти-

костероидами не проводили. При необходимости для уменьшения выраженности болевого синдрома разрешался прием парацетамола не более 2 г/сут. Зинаксин Плюс Глюкозамин назначали в дозе 2 капсулы утром и 1 капсула в обед во время еды с запиванием не менее 200 мл жидкости. Длительность наблюдения составила 4 нед.

Контрольную группу составили 14 пациентов с гонартрозом, сопоставимых с основной группой по длительности заболевания, возрасту, объему лечения и нарушениям функции суставов, которые получали стандартную медикаментозную терапию с системным применением НПВП без добавления Зинаксин Плюс Глюкозамин. Средняя доза приема диклофенака натрия — 126,79±7,62 мг/сут.

Критериями эффективности проводимого лечения со стороны врача считали динамику суммарного индекса Лекена, со стороны пациента — выраженность боли в состоянии покоя и при движении по шкале ВАШ, утреннюю скованность по шкале ВАШ (Коваленко В.Н., Борткевич О.П., 2003). Оценивали также биохимические маркеры воспаления и функциональные состояния функции печени, почек и крови (аспарагиновая (АсАТ) и аланиновая (АлАТ) аминотрансфераза, С-реактивный протеин (СРП), билирубин, мочевины); показатели общего анализа крови в начале исследования и через 4 нед. Общую эффективность в конце исследования определяли на основании клинической и субъективной оценки по балльной системе: 0 — очень плохо; 1 — плохо; 2 — удовлетворительно; 3 — хорошо; 4 — отлично.

Результаты статистически обрабатывали с определением средних величин, достоверности различия показателей на основании критерия Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

К началу исследования выраженность боли по ВАШ в покое в основной группе составила 54,41±4,31 мм, в контрольной — 58,57±4,79 мм, при движении — 62,35±4,42 и 68,9±4,16 мм соответственно. Боль в ночное время отмечали 7 (41,2%) пациентов основной и 6 (42,85%) контрольной группы. Средняя величина утренней скованности в суставах составляла 28,82±3,08 мм по ВАШ в основной и 31,78±3,42 мм в контрольной группе. Умеренная выраженность боли (30–60 мм) в покое — у 11 (64,7%) лиц основной и 8 (57,14%) — контрольной группы, при движении — у 8 (47,05%) и у 4 (28,6%), сильная выраженность боли (>60 мм) в покое — у 7 (35,3%) и у 6 (42,86%), при движении — у 9 (52,95%) и у 4 (71,4%) соответственно. В начале исследования достоверность различий между основной и контрольной группой не выявлена.

За период лечения отмечали положительную динамику, что подтверждало уменьшение субъективного ощущения боли по шкале ВАШ в основной группе как в состоянии покоя — на 52,43% (p<0,05) (рис. 1), так и при движении — на 50,47% (p<0,05) (рис. 2), в контрольной группе — на 35,4% (p<0,05) (рис. 1) и на 25,4% (p<0,05) (рис. 2) соответственно. Выявлена позитивная динамика альгофункционального индекса Лекена в основной группе на 29% (p<0,05) и в контрольной

группе — на 16,7%. Можно отметить, что в основной группе динамика показателей была более выражена: по шкале ВАШ в состоянии покоя уменьшилась на 48% (p<0,05), при движении — на 49,6% (p<0,05).



Рис. 1. Динамика уровня болевых ощущений у пациентов с гонартрозом в состоянии покоя на фоне комбинированного лечения с Зинаксином Плюс Глюкозамин. Рис. 1 и 2: **p<0,05 — достоверность различий между группами в конце исследования; *p<0,05 — достоверность различий в начале и в конце исследования)



Рис. 2. Динамика уровня болевых ощущений при движении у пациентов с гонартрозом на фоне комбинированного лечения с Зинаксином Плюс Глюкозамин

Снижение индекса Лекена было более выражено в основной группе — на 42,41% (p<0,05) (табл. 1). В основной группе у 15 (88,2%) пациентов отмечали значительное уменьшение выраженности боли в коленном суставе к концу исследования, у 2 (11,8%) незначительное. В контрольной группе выявлено значительное уменьшение выраженности боли в коленном суставе только у 9 (64,28%) пациентов. Выраженность утренней скованности в основной группе уменьшилась на 27,8% больше, чем в контрольной.

Таблица 1
Эффективность комбинированной терапии с Зинаксином Плюс Глюкозамин

Показатель	Группа			
	основная (n=17)		контрольная (n=14)	
	К началу исследования	В конце исследования	К началу исследования	В конце исследования
Индекс Лекена, баллов	13,76±1,17	9,76±1,03	15,42±1,2	12,85±1,12
Утренняя скованность по ВАШ, мм	28,82±3,08	12,65±2,4*	31,78±3,42	18,9±2,52*
Доза диклофенака натрия, мг/сут	114,7±8,04	19,12±5,9*	126,79±7,62	67,3±10,35*

*p<0,05 — достоверность различий в начале и в конце исследования.

Большинство участников исследования отметили положительный эффект при использовании Зинаксин Плюс Глюкозамин: 8 (47,05%) оценили

на «отлично»; 7 (41,18%) — «хорошо»; 1 (5,88%) — «удовлетворительно» (рис. 3).

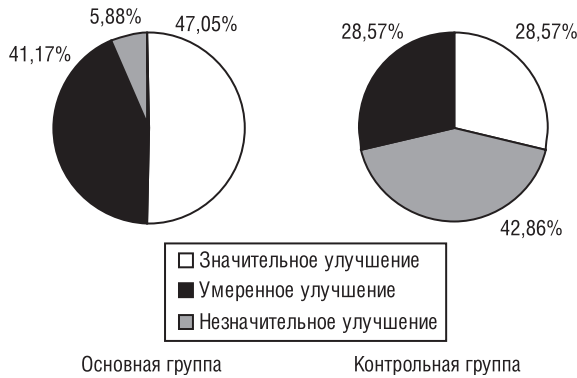


Рис. 3. Общая оценка эффективности лечения пациентом в конце исследования

В 1-ю неделю Зинаксин Плюс Глюкозамин 5 (29,41%) пациентов сочетанно принимали с парацетамолом, начиная со 2-й недели парацетамол дополнительно не принимали. Дозу диклофенака натрия снизили к концу 2-й недели в основной группе на 44,86%, а в конце наблюдения — на 83,33%, в контрольной — на 24,16% и на 46,92% соответственно (см. табл. 1). Побочные эффекты (специфический привкус во рту, диспептические явления) отмечали у 4 (23,52%) пациентов основной группы, что не потребовало отмены препарата. В контрольной группе диспептические явления (изжога, незначительная болезненность в эпигастриальной области) отмечали 7 (50%) пациентов. Всем больным с проявлениями диспептических расстройств дополнительно назначили блокаторы протонного насоса. В конце исследования по сравнению с исходным состоянием показатели периферической крови не претерпели существенных изменений на фоне комбинированного лечения с Зинаксином Плюс Глюкозамин (табл. 2). Результаты свидетельствуют, что Зинаксин Плюс Глюкозамин безопасен и улучшает состояние при использовании в лечении больных с суставным синдромом, его можно рекомендовать для продолжительной терапии у больных с ОА коленного сустава.

Таблица 2

Лабораторные показатели у больных с ОА коленных суставов на фоне комбинированного лечения с Зинаксином Плюс Глюкозамин

Показатель	Группа			
	контрольная (n=14)		основная (n=17)	
	К началу исследования	В конце исследования	К началу исследования	В конце исследования
Билирубин, ммоль/л	17,12±1,08	18,16±1,04	17,06±1,08	16,43±1,38
АлАТ, ммоль/л	0,52±0,08	0,56±0,09	0,49±0,09	0,51±0,08
АсАТ, ммоль/л	0,36±0,06	0,42±0,04	0,38±0,07	0,44±0,06
Мочевина, мкмоль/л	5,89±0,74	6,23±0,34	6,03±0,86	5,80±0,71
СРП, мкмоль/л	9,72±1,02	6,12±1,02	9,80±1,20	6,44±0,40
Гемоглобин, г/л	122,34±5,1	120,16±6,32	125,17±4,02	123,48±5,24
Креатинин, ммоль/л	100,32±6,04	106,38±4,65	98,62±4,45	100,48±5,61

Выводы

1. Зинаксин Плюс Глюкозамин эффективен при лечении пациентов с ОА, существенно уменьшает выраженность боли (на 48% в покое и на 49,6% — при движении по сравнению с монотерапией НПВП) и утреннюю скованность в суставах (на 27,8%).

2. Прием Зинаксина Плюс Глюкозамин способствовал снижению дозы НПВП в течение 4 нед терапии на 83,33%.

3. Использование средства растительного происхождения Зинаксин Плюс Глюкозамин достаточно безопасно, хорошо переносится.

ЛИТЕРАТУРА

Дядык А.И., Шпилева Н.И., Здиховская И.И. и др. (2005) Современные подходы к диагностике и лечению остеоартроза. Донецк, 31 с.

Коваленко В.П., Борткевич О.П. (2003) Остеоартроз. МОРИОН, Киев, 446 с.

Мазурова В.И. (2001) Клиническая ревматология. Санкт-Петербург, 385 с.

Михтарян Л.С., Гавриленко Т.И., Проценко Г.О. (2005) Клинические показатели, биохимические и иммунологические изменения у больных ОА коленных суставов: возможности коррекции на основе глюкозамина сульфата. Укр. ревматол. журн., 3(21).

Поворознюк В.В. (2004) Остеоартроз. Мистецтво лікування, 3: 16–23.

Поливода С.В., Черепок А.А., Рекалов Д.Г. (2005) Современные возможности и перспективы фармакотерапии остеоартроза. Здоровье Украины, 6: 55.

Рекомендации Европейской антиревматической лиги (EULAR) 2003: доказательный подход к лечению ОА коленных суставов: отчет специальной комиссии постоянного комитета по международным клиническим исследованиям (ESCSIT) 2004. Укр. ревматол. журн., 3 (17): 26–43.

Станиславчук Н.А., Борткевич О.П. (2005) Противоречия и консенсус во взглядах на лечение остеоартроза. Киев, 24 с.

Brandt K. (2000) The role of analgesics in the management of osteoarthritis pain. Am. J. Therap., 7:12, 75–90.

Jordan K.M., Arden N.K., Doherty M. (2004) рекомендации Европейской антиревматической лиги 2003.: доказательный подход к лечению пациентов с остеоартрозом коленных суставов. Укр. ревматол. журн., 3: 26–41.

Morgan T., Anderson A. (2003) The effect of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on blood pressure in patients treated with different antihypertensive drugs. J. Clin. Hypertens., 5: 53–57.

ЭФЕКТИВНІСТЬ ТЕРАПІЇ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗІ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ ЗІНАКСИНОМ ПЛЮС ГЛЮКОЗАМІН

О.В. Курята, Е.О. Фролова

Резюме. Мета дослідження — оцінити ефективність і безпеку використання Зинаксину Плюс Глюкозамін («Ферросан», Данія) у пацієнтів з остеоартрозом (ОА) колінних суглобів.

У відкрите клінічне дослідження включили 17 пацієнтів (4 чоловіки і 13 жінок) з ОА колінних суглобів, тривалість захворювання становила в середньому 5,2±0,68 року. Всім пацієнтам додатково до нестероїдного протизапального препарату було призначено Зинаксин Плюс Глюкозамін у дозі 3 капсули на добу.

За період лікування відзначали позитивну динаміку, що підтверджувалася зменшенням суб'єктивного відчуття болю за візуальною аналоговою шкалою наприкінці спостереження на 48% (p<0,05) у стані спокою і на 49,6% (p<0,05) при рухах. Зниження індекса Лекена було більш виражене у групі спостереження — на 42,41% (p<0,05).

Більшість учасників дослідження відзначили позитивний вплив Зинаксину Плюс Глюкозамін: 47,05% — значне поліпшення, 41,17% — помірне поліпшення, 5,88% — незначне поліпшення.

У групі спостереження відзначалось більш виражене зниження дози диклофенаку натрію порівняно з групою контролю. В кінці 2-го тижня знизилась на 44,86% у групі спостереження і тільки на 24,16% в групі контролю. В кінці спостереження відповідно на 83,33 і 46,92%. Суттєвих побічних ефектів, що потребували відміни Зинаксину Плюс Глюкозамін, протягом дослідження не відзначено.

Таким чином Зинаксин Плюс Глюкозамін ефективний та безпечний при лікуванні пацієнтів з суглобовим синдромом і може бути використаний для тривалої терапії у хворих з ОА колінного суглоба.

Ключові слова: остеоартроз колінних суглобів, Зинаксин Плюс Глюкозамін, безпека.

EFFICACY OF KNEE OSTEOARTHRITIS TREATMENT WITH PREPARATION ZINAXIN PLUS GLUCOSAMINE

A. V. Kuryata, E. A. Frolova

Summary. *Object.* To assess efficacy and safety of combinative preparation Zinaxin plus Glucosamine («Ferosan», Denmark) in patients with knee osteoarthritis.

In open clinical study were enrolled 17 patients (4 men, 13 women) with knee osteoarthritis, disease duration 5.2±0.68 years. All patients additionally to NSAIDs received Zinaxin plus Glucosamine in dosage 3 capsules daily.

There was a positive dynamics during treatment period, which was proved by decreasing of patients' assessment of pain at the end of study period on the 48% ($p<0.05$) at the rest, and 49.6% ($p<0.05$) at movement. Decreasing of Lequene index was more markable in the observation group — 42.41% ($p<0.05$)

Majority of patients mentioned positive effect of Zinaxin plus Glucosamine treatment: 47.17% — significant improvement, 41.17% — moderate improvement and only 5.88% low improvement.

At the group of observation there was more markable decreasing of diclofenac sodium dosage compare to the control group. At the end of second week it was 44.86% in observation group and only 24.16% in the control group. At the end of study 83.33% and 46.92%, respectively.

There weren't any adverse events, which could lead to Zinaxin plus Glucosamine abolition.

Thus Zinaxin plus Glucosamine is effective and safe preparation, which could be recommended for knee osteoarthritis treatment.

Key words: knee osteoarthritis, Zinaxin plus Glucosamine, safety. □

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

Структура кардіоваскулярного ризику при ревматоїдному артриті

Solomon D.H., Goodson N.J., Katz J.N., Weinblatt M.E., Avorn J., Setoguchi S., Canning C., Schneeweiss S. (2006)

Patterns of cardiovascular risk in rheumatoid arthritis. Ann. Rheum. Dis., 65: 1608–1612.

Meta. На сьогодні відомо, що ревматоїдний артрит асоціюється з підвищеним розвитком серцево-судинних захворювань, але структура цього ризику не з'ясована. Дослідження проводили для порівняння ризику розвитку інфаркту міокарда, інсульту та смертності від серцево-судинних захворювань у дорослих пацієнтів з ревматоїдним артритом порівняно з дорослими особами без ревматоїдного артрити в різних вікових, статевих групах та при різному попередньому статусі серцево-судинної системи.

Методи. Проведено когортне дослідження серед всіх резидентів віком старше 18 років, які проживали у Британській Колумбії у 1999–2003 рр. Резидентів, які часто відвідували лікаря з приводу ревматоїдного артрити (Міжнародна класифікація хвороб — 714), розглядали у групі пацієнтів з ревматоїдним артритом.

Когорта пацієнтів без ревматоїдного артрити відповідала когорті пацієнтів з ревматоїдним артритом за віком, статтю, початком спостереження. Спостереження тривало до госпіталізації пацієнтів з при-

воду інфаркту міокарда, інсульту чи смерті від серцево-судинних захворювань.

Результати. У дослідження включили 25 385 дорослих. Протягом 5-річного періоду спостереження 375 пацієнтів з ревматоїдним артритом госпіталізовані з приводу інфаркту міокарда, 363 — госпіталізовані з приводу розвитку інсульту, 437 — померли в результаті захворювань серцево-судинної системи. У пацієнтів з ревматоїдним артритом рівень розвитку подій з боку серцево-судинної системи становив 1,6 (95% довірчий інтервал (ДІ) 1,5–1,7) та різниця між рівнями становила 5,7 (95% ДІ 4,9–6,4) на 1000 людино-років. Відносний рівень знижувався з віком з 3,3 у пацієнтів віком 18–39 років до 1,6 — у пацієнтів віком старше 75 років. Однак різниця між рівнями становила 1,2 на 1000 людино-років у групі наймолодших пацієнтів та 19,7 на 1000 людино-років у групі пацієнтів старше 75 років. Серед пацієнтів з наявністю попередніх серцево-судинних подій рівень та різниця між рівнями не зростала за наявності супутнього ревматоїдного артрити.

Висновок. Результати дослідження свідчать, що ревматоїдний артрит є фактором ризику розвитку серцево-судинних подій, а частота цього розвитку серед пацієнтів з ревматоїдним артритом є вищою у молодому віці та серед пацієнтів, в анамнезі яких не було попередніх серцево-судинних подій. Однак особливо висока різниця у частоті подій у групі дорослих пацієнтів.