

# КАЧЕСТВО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Л. А. МАРЧЕНКОВА<sup>1</sup>, А. В. ДРЕВАЛЬ<sup>2</sup>, Е. А. ПРОХОРОВА<sup>3</sup>

<sup>1</sup> к.м.н., старший научный сотрудник отделения терапевтической эндокринологии, доцент кафедры эндокринологии ФУВ МОНИКИ им М. Ф. Владимирского, Москва;

<sup>2</sup> д.м.н., профессор, руководитель отделения терапевтической эндокринологии, зав. кафедрой эндокринологии ФУВ МОНИКИ им М. Ф. Владимирского, главный эндокринолог Московской области;

<sup>3</sup> аспирант кафедры эндокринологии ФУВ МОНИКИ им М. Ф. Владимирского, Москва

**Цель исследования.** Изучить качество лечения постменопаузального ОП, уровень приверженности терапии и факторы, от которых она зависит, а также объём социально-экономических затрат, связанных с лечением ОП в МО.

**Материал и методы.** Исследование проведено методом анкетного опроса 362-х женщин в периоде постменопаузы в возрасте 55 лет и старше (медиана 65 (59; 70) лет) из 17 районов и городских образований МО с верифицированным ранее диагнозом постменопаузального ОП. Вопросник включал в себя анкету «Отношение к терапии ОП» и шкалу аттитудов «Факторы, мешающие получить квалифицированную медицинскую помощь по ОП».

**Результаты.** В течение последнего года респонденты обращались в ЛПУ по поводу ОП до 15 раз включительно (в среднем 2 (1; 4) раза), 30,4% пациенток госпитализировались или были нетрудоспособны вследствие ОП, у 14,3% опрошенных период нетрудоспособности продлился более полугода. Терапия ОП в большинстве случаев не назначается из-за отсутствия адекватных рекомендаций со стороны лечащего врача, который не настаивал на обязательном лечении (в ответах 50% респондентов), не дал чётких рекомендаций (43,8%) или не объяснил конкретных правил применения препарата (25,0%). При выборе метода лечения 84% респондентов полагались на рекомендации эндокринолога, остальные 16% — гинеколога, ревматолога, ортопеда-травматолога или специалистов, не имеющих прямого отношения к лечению ОП. Основную долю в лечении постменопаузального ОП занимают известные бренды комбинированной терапии кальцием и витамином D, стронция ранелат применяли только 13,9% респондентов, препараты алендроновой кислоты — 11,1%, золедроновую кислоту — 8,8%. Несмотря на выявленную высокую приверженность терапии, большая часть лечившихся ранее пациенток считает, что эффективного и удобного для приёма препарата для лечения ОП не существует (39,1% и 34,8% респондентов соответственно). Среднемесячные затраты пациенток на лечение ОП составляют 1700 (300; 2000) рублей, при этом высокая стоимость антиостеопоротических препаратов является наиболее значимой причиной нерегулярного лечения и самым существенным фактором низкого качества медицинской помощи больным ОП.

**Заключение.** ОП ассоциируется с большим количеством посещений медицинских учреждений и длительными периодами нетрудоспособности, при этом качество лечения больных ОП в МО остается недостаточно высоким.

**Ключевые слова:** постменопаузальный остеопороз ОП, качество лечения, приверженность терапии.



## ВВЕДЕНИЕ

В России, как и в мире в целом, остеопороз (ОП) является одной из важнейших проблем здравоохранения и при денситометрическом обследовании выявляется в среднем у 30,5-33,1% женщин и у 22,8-24,1% мужчин старше 50 лет, что составляет более 10 млн. человек [8]. ОП приводит к огромным социальным и экономическим потерям во всех странах мира. В Европе, например, количество инвалидизаций в результате ОП и его осложнений больше, чем при раке (за исключением рака легких), и сравнимо с таковыми при ревматоидном артрите, бронхиальной астме и артериальной гипертензии [12]. Ежегодно у 179000 мужчин и 611000 женщин происходят переломы проксимального отдела бедренной кости на фоне ОП, и стоимость связанной с ними терапии оценивается 25 млрд. евро [16]. Длительность госпитализации женщин старше 45 лет, страдающих постменопаузальным ОП, в европейских странах значимо выше, чем при сахарном диабете, инфаркте миокарда и раке молочной железы [14]. Учитывая высокую эффективность современных антиостеопоротических препаратов по снижению риска переломов, лечение ОП является экономически эффективным, независимо от возраста больного и выбранного для терапии препарата с доказанной эффективностью, что имеет огромное значение для здравоохранения и самих пациентов [13, 15].

Таким образом, больные ОП нуждаются в своевременном назначении антирезорбтивных препаратов с доказанной эффективностью, что способствует сохранению их социальной активности, трудоспособности и ведению полноценного образа жизни. Однако, несмотря на имеющиеся в мире тенденции повышения значения ОП как проблемы, в России не существует чёткой структуры централизованной специализированной помощи таким пациентам. В результате больные ОП, большинство из которых — женщины в периоде постменопаузы, не получают адекватной квалифицированной медицинской помощи и лекарственного обеспечения.

Качество лечения пациентов с ОП в значительной степени зависит и от их приверженности антиостеопоротической терапии. В частности, низкая приверженность лечению увеличивает риск развития переломов и значительно ухудшает качество жизни больных постменопаузальным ОП [11, 17, 18]. Даже при наличии

рекомендаций специалиста отмечается низкая комплаентность к длительному лечению ОП и через 3 месяца от начала терапии пероральными бисфосфонатами, например, составляет 50%, через 6 месяцев — лишь 30-40%, что сопоставимо с применением плацебо [1]. Таким образом, для достижения оптимальных стойких результатов терапии ОП важны не только доступность, доказанная эффективность и хорошая переносимость лекарственных средств, но и высокая приверженность больного.

Целью данного исследования было изучение качества лечения постменопаузального ОП, оценка приверженности антиостеопоротической терапии и факторов, от которых она зависит, а также определение уровня социально-экономических затрат, связанных с лечением ОП в Московской области (МО) по данным анкетного опроса больных постменопаузальным ОП.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Работа проводилась в 2010 г. методом прямого анкетирования жительниц МО с установленным диагнозом постменопаузального ОП. Участие в анкетном опросе предлагалось женщинам в возрасте 55 лет и старше в периоде постменопаузы не менее 5 лет, консультировавшимся в Московском областном центре ОП по поводу верифицированного ранее диагноза постменопаузального ОП. В исследование не включались больные, страдающие вторичными формами ОП или тяжелой сопутствующей соматической или психиатрической патологией, наличие которой могло повлиять на результаты анкетирования. Анкеты предоставлялись респондентам в распечатанном виде и заполнялись ими самостоятельно без участия исследователей. Все инструкции по заполнению были даны в анкете. Все участники исследования собственноручно заполнили информированное согласие на использование полученных данных для научной работы.

Использованный опросник был разработан в ГУ МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского и включал в себя 2 анкеты:

1. опросник «Отношение к терапии ОП», включавший в себя 4 простых вопроса свободного заполнения без предложенных вариантов ответов или наводящих вопросов и 9 вопросов с предложенными вариантами ответов;

\* e-mail: kafedraRheum@yandex.ru

2. опросник «Факторы, мешающие получать квалифицированную медицинскую помощь по ОП», состоявший из 11 пунктов с предложенными вариантами ответов, оценивавшихся в баллах (1 балл — да, это большая проблема, 2 балла — это отчасти проблема, 3 балла — это небольшое затруднение, которое можно преодолеть, 4 балла — нет, это вообще не проблема), по которым рассчитывался средний балл значимости каждого фактора.

В статистический анализ включали анкеты, заполненные более чем на 50%. В итоге в исследуемую группу вошли 362 женщины, средний возраст которых составил 65 (59; 70) лет, длительность периода постменопаузы 16 (10; 21, 5) лет из 17 районов и городских образований МО.

Статистическая обработка полученных данных проводилась в программе Microsoft Statistica 6.0 с использованием непараметрических статистических методов. Средние значения всех показателей приведены в виде медианы и квартилей (25%; 75%). Для сравнения достоверности различий зависимых выборок с поправкой на множественные сравнения применялся критерий Вилкоксона, статистически значимыми считались значения  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

По данным анкетирования, 30,4% больных постменопаузальным ОП в течение последнего года госпитализировались или были нетрудоспособны вследствие ОП или переломов, причем у 14,3% опрошенных период нетрудоспособности продлился более полугода (рис. 1). При этом 45,3% женщин отметили, что в течение последнего года не могли вести привычный образ жизни в течение определённого времени по причине наличия ОП и/или переломов, в том числе 26,4% — более полугода (рис. 2).



Рис. 1. Продолжительность периода нетрудоспособности у респондентов за последний год в связи с ОП и его осложнениями

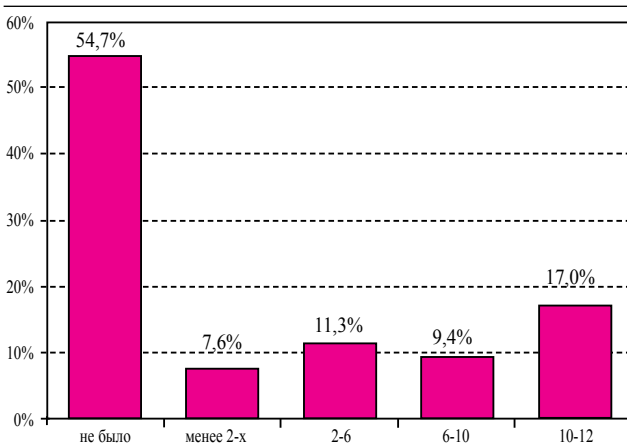


Рис. 2. Длительность ограничения повседневной активности у респондентов за последний год в связи с ОП и его осложнениями

В течение последнего года респонденты обращались в медицинские учреждения по поводу ОП до 15 раз включительно (в среднем 2 (1; 4) раза), в том числе к терапевту — до 10 раз, к врачу-специалисту — до 12 раз (в среднем 1 (1; 2) раз), по поводу проведения различных обследований — до 4 раз (в среднем 1 (0,5; 2) раз). В течение последних 5 лет по поводу ОП больные госпитализировались от 0 до 6 раз.

На момент анкетирования 69% респондентов (249 человек) ранее уже получали антиостеопоротические препараты, а остальные 31% (113 человек) не лечились по различным причинам. В большинстве случаев терапия не была назначена из-за отсутствия адекватных рекомендаций со стороны лечащего врача, который не настаивал на обязательном лечении (в ответах 50% респондентов), не дал чётких рекомендаций (43,8%) или не объяснил конкретных правил применения препарата (25,0%) (рис. 3). Также значимую роль играют большое количество принимаемых больными препаратов по поводу сопутствующих заболеваний (37,5%) и постороннее мнение (25,0%). В большинстве случаев пациентами было указано одновременно несколько из вышеуказанных причин, однако примерно треть женщин (37,5%) не получали необходимую антиостеопоротическую терапию только по причине отсутствия рекомендаций врача (рис. 3).

Поддающееся большинство респондентов (84%), получавших ранее терапию по поводу постменопаузального ОП, в выборе препарата полагались на рекомендации эндокринолога, остальные (16%) выбор лечения представляли врачам других специальностей, среди которых 53% больных указали гинеколога, по 23% ревматолога, 20% — ортопеда-травматолога и 15,4% — специалистов, не имеющих прямого отношения к лечению ОП, например, окулиста (пациент мог указать несколько специалистов). Следует отметить, что в этом аспекте ни разу не были указаны врачи первичного звена — терапевт и семейный врач.

В ряду препаратов, применявшихся больными для лечения постменопаузального ОП, чаще всего фигурировали препараты витамина D и кальция — Кальций-Д<sub>3</sub> Никомед (в анкетах 61,1% респондентов), Кальций-Актив (19,4%), Кальцецин Адванс (11,1%), а также активные метаболиты витамина D — Эталфа и Альфа Д<sub>3</sub>-Тева (29,1%). Данные препараты не играют самостоятельной роли в лечении ОП и рассматриваются только как дополнение к основной терапии, однако в опросах 78,8% больных, применявших ранее только какой-либо один препарат, были указаны именно эти торговые наименования. Препараты первой линии лечения ОП с высокой эффективностью по снижению риска остеопоротических переломов применялись больными редко — стронция ранелат (Бивалос) был указан в анкетах 13,9% респондентов, алендроновая кислота (указывались Фосамакс, Фосаванс) — в 9,7% анкет, золедроновая кислота (Акласта) — в 8,8% анкет, ибандроновая кислота (Бонвива) не был упомянут ни разу (табл. 1).

Обращает на себя внимание, что среди пациенток, лечившихся ранее по поводу ОП, большинство (39,1%) полагают, что эффективного препарата для лечения ОП не существует, 13% считают наиболее эффективным лекарственным средством бисфосфонат золедроновую кислоту (указывался препарат Акласта), 9,2% — стронция ранелат (Бивалос), по 8,6% — кальцитонин лосося (Миакальцик), альфакальцидол (Альфа Д<sub>3</sub>-Тева, Эталфа) и препарат кальция Кальций-Актив. Крайне редко в этом аспекте больными упоминались поливитаминные комплексы с кальцием, гомеопатические, травяные, местные средства и ибандронат (Бонвива), и совсем не были названы препараты алендроновой кислоты, считающейся «золотым стандартом» лечения постменопаузального ОП (рис. 4).

Аналогично, самая большая часть опрошенных (34,8%) считает, что при лечении ОП нет удобного для приёма препарата. Среди названных препаратов самыми простыми в применении оказались назальный аэрозоль кальцитонина лосося Миакальцик, применяемый ежедневно (17,3%), препарат золедроновой кислоты Акласта для внутривенного введения 1 раз в год (13%) и препараты альфакальцидола — Эталфа и Альфа Д<sub>3</sub>-Тева для ежедневного приема per os (по 13,0% в каждом случае). Обращает внимание, что пероральные бисфосфонаты с редкой кратностью дозирования — Фосамакс и Фосаванс, принимаемые 1 раз в неделю, и Бонвива с кратностью приёма 1 раз в месяц, были указаны как простые в применении только 4,4%

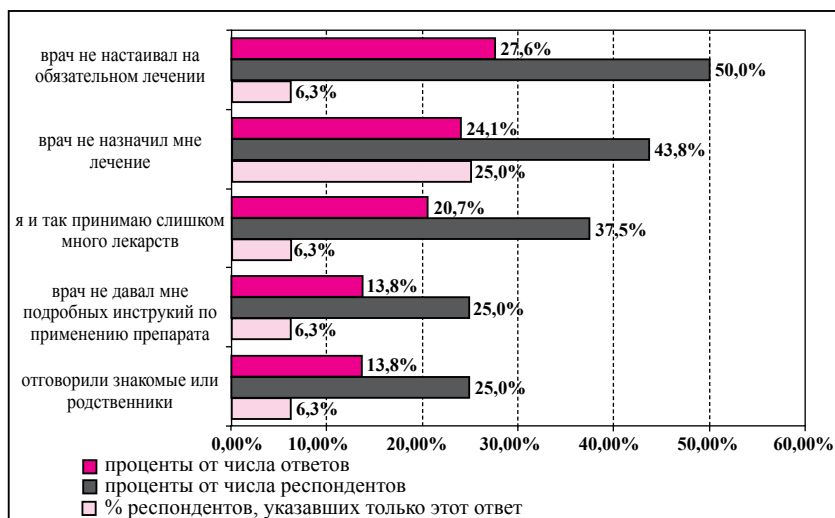


Рис. 3. Причины, по которым не была назначена антиостеопоротическая терапия после подтверждения диагноза постменопаузального ОП

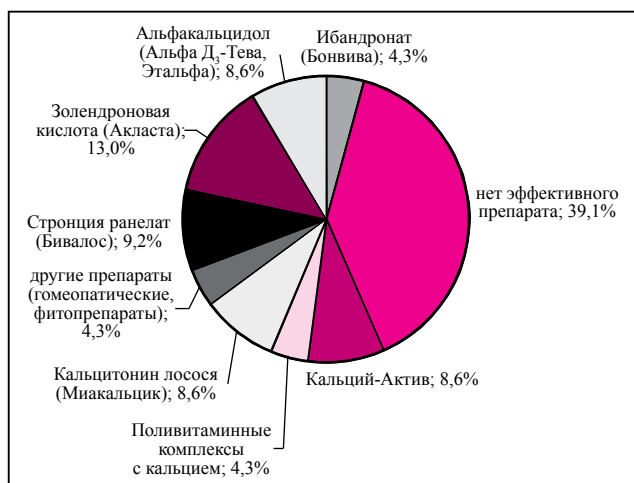


Рис. 4. Препараты для лечения постменопаузального ОП, являющиеся, по мнению больных, наиболее эффективными (данные получены путем ответа на вопрос в свободной форме, без готовых вариантов ответов)



Рис. 5. Антиостеопоротические препараты, которые, по мнению респондентов, являются наиболее простыми и удобными в применении (данные получены путем ответа на вопрос в свободной форме, без готовых вариантов ответов)

респондентов в каждом случае, что, очевидно, связано со специфической схемой приёма данных препаратов (рис. 5). Несмотря на это, 97% опрошенных больных постменопаузальным ОП принимали назначенные ранее препараты для лечения ОП регулярно, а у остальных 3% причиной низкой комплаентности лечения была высокая стоимость терапии. Только 16,7% прерывали лечение на длительный срок по различным причинам, в то время как 83,3% женщин постоянно принимали назначенные лекарственные средства.

В дополнение к приему антиостеопоротических препаратов 71,0% пациенток указали, что соблюдают диету с повышенным потреблением молочных продуктов, 48,4 — занимаются лечебной физкультурой, 38,7% — носят корсет 22,6% — проводят различные физиотерапевтические процедуры. Среди применяемых больными методов профилактики переломов в 50,0% анкет было указано соблюдение мер предосторожности при ходьбе, использование трости и т.д., в 38,1% —

приём препаратов кальция и витамина D, в 33,3% — употребление кальцийсодержащих продуктов, в 28,6% — посильная физическая активность, в 4,8% — ношение корсета. Интересно, что только 4,8% респондентов отметили, что в этой связи необходимо наблюдаться у специалиста по лечению ОП, и не один человек не указал необходимость приёма антирезорбтивных препаратов, являющегося основным методом снижения риска переломов при ОП.

Основная часть пациенток (43,2%) приобретает антиостеопоротические препараты преимущественно за счёт собственных средств, 27,0% — помогают дети, 24,3% — за счёт льготного обеспечения и 5,5% — указали различные другие источники. При этом количество инвалидов различных групп среди опрошенных составляло 13,6%, среди которых 10,8% больных имели инвалидность 3 группы, 1,1% и 1,7% — 1 и 2 групп соответственно. На приобретение препаратов для лечения ОП пациентки тратят в среднем 1700 (300; 2000) рублей. Большинство больных тратят на лечение ОП до 2000 рублей собственных средств в месяц, из них 30,3% — от 1000 до 2000 рублей, 18,2% — от 500 до 1000 рублей и 27,3% — до 500 рублей. Ежемесячные расходы примерно четверти респондентов на терапию ОП составляют от 2000 до 5000 рублей (рис. 6).

По результатам оценки факторов, мешающих больным ОП получать квалифицированную медицинскую помощь, наиболее значимым, по мнению опрошенных, является высокая стоимость антиостеопоротических препаратов (рис. 7). Также большое значение имеют отсутствие в районных ЛПУ костных денситометров и специалиста по лечению ОП, недостаточная квалификация врачей по проблеме ОП, нехватка у них времени заниматься больными, невозможность исследования показателей кальций-фосфорного обмена в местной лаборатории и высокая стоимость обследований для диагностики ОП. Наименее редкими проблемами пациенты считают отсутствие у врачей желания заниматься больными ОП и плохую оснащённость лекарственными препаратами (рис. 7).

## ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Результаты исследования показали, что у значительной части больных постменопаузальным ОП заболевание ассоциируется с большим количеством посещений медицинских учреждений и длительными периодами нетрудоспособности. Мнение врача играет определяющую роль при назначении терапии ОП. В частности, в большинстве случаев терапия не была назначена из-за отсутствия адекватных рекомендаций со стороны лечащего врача. Именно на мнение врача и, прежде всего, узкого специалиста больные постменопаузальным ОП опираются в первую очередь при выборе метода лечения. При этом терапевты и врачи общей практики, которые в странах Европы и США преимущественно занимаются лечением больных с первичным ОП, пока не принимают активного участия в ведении больных ОП в МО.

Эти данные согласуются с результатами анкетного опроса 503-х врачей 17 специальностей из 45 районов и городов областного подчинения МО, который был проведен в 2006-2008 гг. [6]. Было показано, что в МО лечением больных ОП занимаются преимущественно эндокринологи (89,3%), ревматологи (85,7%), неврологи (60%) и гинекологи (50%). При этом именно эндокринолог

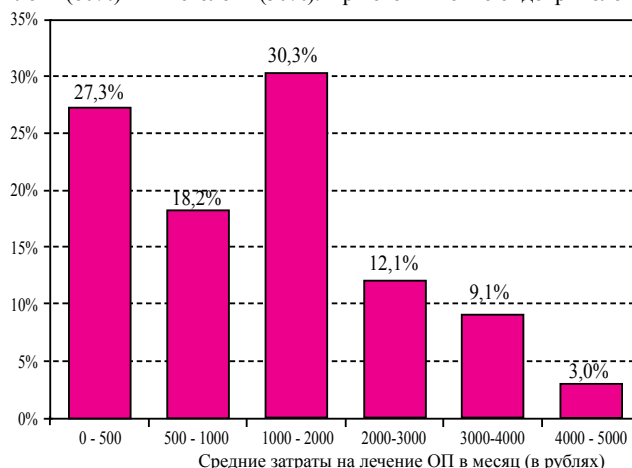


Рис. 6. Процентное соотношение больных с различным уровнем затрат на лечение постменопаузального ОП



Рис. 7. Значение различных факторов (в баллах), влияющих на качество медицинской помощи больным постменопаузальным ОП, по мнению респондентов

#### Препараты, которые применялись больными по поводу постменопаузального ОП\*

| Препараты                                                                  | Процент от общего числа ответов | Процент от числа респондентов | Процент ответов среди пациенток, указавших только 1 препарат |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Кальций-Д <sub>3</sub> Никомед                                             | 39,9                            | 61,1                          | 16,1                                                         |
| Альфакальцидол (указывались препараты Альфа Д <sub>3</sub> -Тева, Этальфа) | 19                              | 29,1                          | 41,4                                                         |
| Кальций-Актив                                                              | 12,7                            | 19,4                          | 12,2                                                         |
| Стронция ранелат (Бивалос)                                                 | 9,1                             | 13,9                          | 11,1                                                         |
| Кальцеин Адванс                                                            | 7,3                             | 11,1                          | 9,1                                                          |
| Алендроновая кислота (указывались препараты Фосамакс, Фосаванс)            | 6,3                             | 9,7                           | 10,1                                                         |
| Золедроновая кислота (Акласта)                                             | 5,7                             | 8,8                           | -                                                            |
| Всего                                                                      | 100                             | 153,1                         | 100                                                          |

\*данные получены путем ответа на вопрос в свободной форме без предложенных вариантов ответов

является основным специалистом, к которому врачи направляют больных для уточнения диагноза ОП и назначения патогенетической антиостеопоротической терапии [6]. В России в настоящее время прослеживается тенденция к расширению сферы деятельности терапевтов и семейных врачей в этом направлении. В частности, им рекомендуется реализовывать долгосрочное лечение ОП, назначенное врачом-специалистом (приказ МЗ и СР РФ от 4 мая 2010 г. №315н). Обращает на себя внимание, что в МО ведением больных с установленным диагнозом постменопаузального ОП, получающих антирезорбтивную терапию, терапевты, врачи общей практики и семейные врачи практически не занимаются, что, с учетом рекомендации МЗ и СР РФ, требует коррекции.

Анкетный опрос больных показал, что основную долю среди медикаментозных средств, применяемых для лечения постменопаузального ОП, занимают известные бренды комбинированной терапии кальция и витамина D, в то время как бисфосфонаты и стронция ранелат, являющиеся первой линией лечения, применяются пациентками сравнительно редко. Подобный характер лечения постменопаузального ОП в МО объясняется, вероятно, недостаточной квалификацией врачей, дающих рекомендации по лечению больным. 56,2% занимающихся лечением ОП врачей в качестве основной терапии ОП рекомендуют препараты кальция и витамина D, причем у 22,7% эти препараты являются единственной терапией, назначаемой с этой целью [6]. Бисфосфонаты назначают только 29,1% специалистов, причем самым назначаемым бисфосфонатом в МО является Фосамакс, а Бонвива, в частности, рекомендуется только в 1,4% случаев [6]. Сложившаяся картина лечения постменопаузального ОП в МО, вероятнее всего, характерна и для других регионов России, поскольку в стране не разработаны принципы междисциплинарного взаимодействия и преемственности врачей первичного звена и специалистов в лечении больных с костной патологией, а врачи поликлиник в общей массе не имеют опыта применения различных схем лечения и профилактики ОП [7]. Уровень знаний врачей по проблеме ОП остается достаточно низким [5], и даже врачи, посещавшие семинары тематического усовершенствования по проблеме ОП, не всегда берут на себя ответственность принятия решения о тактике ведения пациентов с ОП [2]. Как показывает многолетний опыт преподавания врачам проблемы ОП на ФУВ МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, обучение врачей на циклах тематического обучения по ОП в объёме 72 часов временно повышает уровень знаний по ОП и мотивации врачей заниматься диагностикой и лечением заболевания [5]. Однако для эффективного поддержания интереса к проблеме и расширения полученных теоретических и практических знаний необходимо дальнейшее регулярное обучение на заседаниях Школы ОП для врачей как минимум 2 раза в год.

Первичный ОП требует длительного, а иногда пожизненного лечения. Однако по данным зарубежных авторов, долгосрочная приверженность любому лечению ОП крайне низка и не превышает 50%, что связано, в первую очередь, с неудобной схемой приёма или осложнениями антиостеопоротических препаратов [9, 10]. В России только 14% больных начинают рекомендованное лечение, а 16% прекращают его преимущественно в первые 3-6 месяцев от начала приёма медикаментов. Среди тех, кто продолжает лечение, лишь 40% делают это регулярно [4]. По данным нашего опроса больных постменопаузальным ОП, в МО была выявлена достаточно высокая приверженность лечению, а главной причиной прерывания или прекращения терапии была высокая стоимость фармакологических препаратов. Этот же фактор оказался наиболее значимым в ряду причин низкого качества медицинской помощи больным ОП.

Большая часть проанкетированных больных вынуждены приобретать антиостеопоротические препараты за счёт собственных средств или с помощью родственников, и считают это одной из основных проблем для проведения длительной и эффективной терапии ОП. В России средства для лечения ОП предоставляются бесплатно только самым тяжёлым больным, находящимся на инвалидности, при этом в список препаратов для

льготного обеспечения включён только кальцитонин лосося [3]. Таким образом, для улучшения качества оказания медицинской помощи больным ОП необходимо максимально обеспечить их антиостеопоротическими препаратами за счёт средств федерального бюджета, что предупредит более масштабные затраты на лечение переломов. Значимый экономический и медико-социальный эффект, безусловно, будет иметь оснащение ЛПУ МО костными денситометрами, а также реактивами и анализаторами для оценки кальций-фосфорного обмена с целью раннего выявления лиц с ОП и высоким риском переломов.

## ВЫВОДЫ

1. Результаты анкетного опроса больных постменопаузальным ОП показали, что заболевание ассоциируется с большим количеством посещений медицинских учреждений и длительными периодами нетрудоспособности: в течение последнего года респонденты обращались в медицинские учреждения по поводу ОП до 15 раз включительно (в среднем 2 (1; 4) раза), 30,4% пациенток госпитализировались или были нетрудоспособны вследствие ОП или переломов, причём у 14,3% опрошенных период нетрудоспособности продлился более полугода.

2. Мнение врача играет определяющую роль при назначении терапии ОП — в большинстве случаев она не была назначена из-за отсутствия адекватных рекомендаций со стороны лечащего врача, который не настаивал на обязательном лечении (в ответах 50% респондентов), не дал чётких рекомендаций (43,8%) или не объяснил конкретных правил применения препарата (25,0%). Именно на мнение врача и, прежде всего, узкого специалиста больные постменопаузальным ОП опираются в первую очередь при выборе метода лечения: 84% респондентов полагались на рекомендации эндокринолога, остальные 16% — гинеколога, ревматолога, ортопеда-травматолога или специалистов, не имеющих прямого отношения к лечению ОП.

3. Основную долю в лечении постменопаузального ОП с МО занимают известные бренды комбинированной терапии кальцием и витамином D — указаны в анкетах 78,8% больных, применявших ранее только какой-либо один препарат для терапии ОП; стронция релат применяли только 13,9% респондентов, препараты алендроновой кислоты — 11,1%, золедроновую кислоту — 8,8%. Несмотря на выявленную высокую приверженность терапии, большая часть лечившихся ранее пациенток считает, что эффективного и удобного для приёма препарата для лечения ОП не существует (39,1% и 34,8% респондентов соответственно).

4. Только 24,3% больных постменопаузальным ОП приобретают препараты для лечения ОП за счёт льготного обеспечения, а остальные — за счёт собственных средств. Среднемесячные затраты пациенток на лечение ОП составляют 1700 (300; 2000) рублей, при этом высокая стоимость антиостеопоротических препаратов названа респондентами наиболее значимой причиной нерегулярного лечения и самым существенным фактором низкого качества медицинской помощи больным ОП. Также большое значение имеют отсутствие в районных ЛПУ МО костных денситометров и специалиста по лечению ОП, недостаточная квалификация врачей по проблеме ОП, нехватка у них времени заниматься больными, невозможность исследования показателей кальций-фосфорного обмена в местной лаборатории и высокая стоимость обследований для диагностики ОП.

## SUMMARY

**Aim of the study.** To examine the quality of treatment of postmenopausal osteoporosis (OP), the level of commitment to therapy and the factors on which it depends, and the amount of social and economic costs associated with the treatment of OP in the Moscow Region (MR).

**Material and Methods.** The study was conducted by questionnaire of 362 postmenopausal women aged 55 and older (median 65 (59, 70) years) from 17 districts and municipal entities of MR with verified diagnosis of postmenopausal OP. The questionnaire included a survey "Attitudes to the therapy of OP" and the scale of attitudes "Factors hindering receive quality medical care for OP."

**Results.** During the past year, respondents appealed to the medical facilities for OP treatment up to 15 times inclusive (an average of 2 (1, 4) times), 30.4% of patients were hospitalized or were unable to work due to the OP, in 14.3% of respondents

disability leaf has lasted for more than six months. OP therapy in most cases was not assigned due to lack of adequate advice from the doctor, who did not insist on compulsory treatment (in reply to 50% of respondents) did not give clear recommendations (43.8%) or did not explain the specific instructions for the drug use (25.0%). When choosing a method of treatment 84% of respondents relied on the recommendations of the endocrinologist and the remaining 16% - of a gynecologist, rheumatologist, orthopedist, or trauma specialists who are not directly related to the treatment of OP. The major part in the treatment of postmenopausal OP is occupied by well-known brands of combination therapy with calcium and vitamin D, whereas strontium ranelate was used only by 13.9% of respondents, alendronate - 11.1%, zoledronic acid - 8.8%. Despite the identified high adherence to therapy, most patients treated previously believe that efficient and convenient for the administration drug for the treatment of OP does not exist (39.1% and 34.8% respectively). Average monthly costs for patients treated OP are 1700 (300, 2000) rubles, while the high cost of antiosteoporotic drugs is the most important cause of the irregular treatment and the most significant factor of poor quality medical care to patients with OP.

**Conclusion:** OP is associated with more visits to medical facilities and long periods of disability; the quality of treatment of OP in MR needed to be improved.

**Keywords:** medical care, osteoporosis, quality of treatment.

## ЛИТЕРАТУРА

- Дыдыкина И.С. Эпидемиология и перспективы проблемы ОП // Вестник семейной медицины. — 2010 — №3. — С. 33.
- Кораблева Н.Н. Состояние решения проблемы остеопороза в условиях мегаполиса // Четвертая московская ассамблея «Здоровье столицы». — 2005. — [http://www.mosmedclinic.ru/conf\\_library/25/1/41/](http://www.mosmedclinic.ru/conf_library/25/1/41/)
- Лесняк О.М., Беневоленская Л.И. Остеопороз в Российской Федерации: проблемы и перспективы // Научно-практическая ревматология. — 2010. — №5. — С. 14-18.
- Лесняк О.М., Евстигнеева Л.П., Коваль А.М. и др. Приверженность российских пациентов лечению остеопороза (национальный проект «Сила в постоянстве») // Фарматека. — 2008. — № 3(157). — С. 73-9.
- Марченкова Л.А., Древал А.В., Крюкова И.В., Добрицына М.В. Уровень знаний врачей по проблеме остеопороза // Сборник IV конференции с международным участием «Проблема остеопороза в травматологии и ортопедии». — Москва. — 2009. — С. 48-49.
- Марченкова Л.А., Древал А.В., Крюкова И.В. и соавт. Оценка медицинской помощи больным остеопорозом по результатам анкетирования врачей московской области // Врач. — 2009. — № 11 — С. 95-102.
- Миронов С.И., Кораблева Н.Н. Принципы организации амбулаторной помощи больным остеопорозом // Национальный проект «Сила в постоянстве» ЦИТО им. Н.Н. Приорова, РМАПО. — 2003. — [http://bonesurgery.ru/view/principy\\_organizacii\\_ambulatornoj\\_pomoschi\\_bolnym\\_s\\_osteoporozom/](http://bonesurgery.ru/view/principy_organizacii_ambulatornoj_pomoschi_bolnym_s_osteoporozom/).
- Михайлов Е.Е., Беневоленская Л.И., Мылов Н.М. Распространенность переломов позвоночника в популяционной выборке лиц 50 лет и старше // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. — 1997 — №3. — С. 20-27.
- Cowell W., Fulford-Smith A., Poultney S. Adherence with bisphosphonate treatment for osteoporosis in UK patients // Bone. — 2005. — V. 36 (Suppl.2). — P. 409-410.
- Cramer J., Amonkar M., Hebborn A., Altman R. Compliance and Persistence with Bisphosphonate Dosing Regimens Among Women with Postmenopausal Osteoporosis // Curr Med Res Opin. — 2005. — V. 21(9). — P. 1453-1460.
- Goettsch W.G., Penning E., Erkens J.E. et al. Risk for osteoporotic fractures is reduced in persistent bisphosphonate users // J Bone Miner Res. — 2005 — V. 20(Suppl 44). — P. 278. — Abstract SU388.
- Kanis J.A., Borgstrom F., Zethraeus N., et al. Intervention thresholds for osteoporosis in the UK // Bone. — 2005. — V. 36. — P. 22.)
- Kanis J.A., Delmas P., Burckhardt P., et al. Guidelines for diagnosis and management of osteoporosis The European Foundation for Osteoporosis and Bone Disease // Osteoporosis Int. — 1997. — V. 7 — P. 390.
- Kanis J.A., Johnell O. Requirements for DXA for the management of osteoporosis in Europe // Osteoporosis Int. — 2005. — V. 16. — P. 229-238.
- Melton L.J., Gabriel S.E., Crowson C.S. et al. Cost-equivalence of different osteoporotic fractures // Osteoporosis Int. — 2003. — V. 14. — P. 383.
- Nguyen T.V., Center J.R., Eisman J.A. Osteoporosis: underrated, underdiagnosed and undertreated // Med J. — 2004. — V. 180. — P. 18.
- Seibaldt R., Shane L.G., Pham B.Z. et al. Impact of non-compliance and non-persistence with daily bisphosphonates on longer-term effectiveness outcomes in patients with osteoporosis treated in tertiary specialist care // J Bone Miner Res. — 2004. — V. 19(Suppl. 1). — Abstract M 423.
- Siris E.S., Miller P.D., Barrett-Connor E. et al. Identification and fracture outcomes of undiagnosed low bone mineral density in postmenopausal women: results from the National Osteoporosis Risk Assessment // JAMA. — 2001. — V. 286. — P. 2815.