17 Wallis R.B. Hirudins and the role of trombin: lessons from Leeches. Trends in Pharmacol. Sci. including Toxicolog. Sci. - 2008 (112). - №9, №12 - P. 123-127.

К. Кунанбай, Е. Ш. Кудабаев, Н.Е.Есмаханова
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова
Кафедра внутренних болезней №2 с курсом клинической фармакологии и фармакотерапии

ОБЗОР ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ДЕЙСТВИЯ ГИРУДОТЕРАПИИ И ОБОСНОВАНИЕ ЕЕ ПРИМЕНЕНИЯ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Резюме. Обобщены и представлены данные о патогенетических механизмах действия гирудотерапии. Так секрет слюнных желез медицинской пиявки подавляет патологическую адгезию и агрегацию тромбоцитов, ингибирует внутренний путь плазменного гемостаза, разрушает фибрин, оказывает защитное противотромботическое действие и осуществляет лизис уже сформированного тромба, снижает повышенный уровень общего холестерина, триглицеридов и липопротеидов низкой плотности плазмы крови, оказывает защитное влияние на эндотелиальный покров. Гирудотерапия, улучшает микроциркуляцию, уменьшает ишемию тканей и органов, оказывает гипотензивное действие. Доказан ее нейротрофический эффект. Дан обзор эффективного применения гирудотерапии в разных группах больных с цереброваскулярными заболеваниями: хронической недостаточности мозгового кровообращения, в остром и подостром периодах ишемического инсульта и у больных с последствиями ишемического инсульта.
Ключевые слова: цереброваскулярные заболевания гирудотерапия

K. Kunanbai, E. SH. Kudabaev, N.E.Yesmakhanova
Asfendiyarov Kazakh National medical university
Department of Internal Medicine #2
With the course of clinical pharmacology and pharmacotherapy

OVERVIEW OF PATHOGENETIC MECHANISMS OF HIRUDOTHERAPY AND THE ITS RATIONALE FOR THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR DISEASE

Resume: The aim of the study - summarized and presented data on the pathogenetic mechanisms of hirudotherapy and its effectiveness in different groups of patients.
Results. The secret of the salivary glands of the medicinal leech inhibits abnormal platelet aggregation and adhesion, inhibits the inner path of the plasma hemostasis, destroys fibrin, has a protective antithrombotic effect and provides a blood clot lysis witch had already formed, lowers elevated levels of total cholesterol, triglycerides and low density lipoproteins of blood plasma, has a protective effect in endothelial cover. Hirudotherapy, improves microcirculation and reduces ischemia of tissues and organs, has a hypotensive and neurotrophic effects. Give a review of the effective application of hirudotherapy in different groups of patients with cerebrovascular disease: chronic cerebrovascular insufficiency, in the acute phase of ischemic stroke, in patients with the consequences of ischemic stroke. Conclusions. So, now there is a sufficient theoretical pathogenetic and practical basis of effective use of hirudotherapy in patients with various forms of cerebrovascular diseases.
Keywords: Cerebrovascular disease hirudotherapy.

УДК: 616-08-07

Л.Б. Дюсенова, Л.М. Пивина
Государственный медицинский университет г. Семей

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

В статье представлены данные по распространенности артериальной гипертонии, основные факторы риска ее развития, понятие о приверженности пациентов к лечению и методы ее определения. Анализ литературных данных демонстрирует высокую социальную значимость артериальной гипертонии как в мире, так и в Казахстане, что связано с высоким процентом осложнений, ведущих к инвалидизации и смертности населения. На сегодняшний день существуют многочисленные методы определения приверженности пациентов, страдающих артериальной гипертоний, к лечению, однако каждый из них обладает в той или иной мере выраженной субъективностью.
***Ключевые слова**: артериальная гипертония, болезни системы кровообращения, распространенность, смертность, приверженность к лечению, методы оценки приверженности к лечению.*

Артериальная гипертония (АГ) является одним из самых распространенных заболеваний в мировом масштабе, возникновение которого связано со значительным увеличением риска развития сердечно-сосудистых осложнений, таких как ишемическая болезнь сердца (ИБС), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), гипертоническая энцефалопатия с развитием деменции, поражение почек с формированием хронической почечной недостаточности [1, 2]. В развитых странах мира болезни системы кровообращения (БСК) занимают лидирующую позицию в структуре смертности и являются основной причиной инвалидизации населения [3, 4].
Основными модифицируемыми факторами риска АГ, связанными с образом жизни, служат никотиновая зависимость, неправильное питание, недостаточная физическая активность и стресс [5, 6], к немодифицируемым факторам относят возраст, пол, этнические особенности и наследственная предрасположенность к заболеванию [7]. В соответствии с рекомендациями ВОЗ, около трех четвертей всех случаев смертности от БСК можно предупредить адекватным изменением образа жизни, при этом основой для профилактики этих заболеваний является кардиоваскулярная эпидемиология и медицина, основанная на доказательствах [8].
Артериальная гипертензия в течение многих лет была и остается актуальной проблемой в системе здравоохранения Казахстана, что связано с высокими показателями распространенности и смертности от БСК. Так, в структуре общей смертности населения Казахстана БСК занимают

52,8%, из них 47,7% случаев вызвано ИБС и 36,4% - цереброваскулярными заболеваниями. Средний показатель смертности от БСК в стране в 2013 году составил 330,46 на 100 000 населения, тогда как в Восточно-Казахстанской области он был одним из наиболее высоких в стране – 330,46 на 100 000 населения. Необходимо отметить, что в Европейских странах с высоким уровнем развития экономики показатели смертности от БСК в тот же период времени были значительно ниже: в Великобритании он составлял 164,2 в Германии – 195,2 на 100 000 населения [9, 10].

Распространенность АГ в Казахстане, в соответствии с данными разных исследователей, находится в диапазоне от 15,2 до 27,0% , причем ее показатели в городской и сельской местности были сопоставимыми [11]. В 2013 году они составляли 1172,5 на 100 000 (среди женщин – 1352,3 на 100 000), в Восточно-Казахстанской области они были выше средних по Казахстану – 1319,6 на 100 000 (для женщин – 1548,0 на 100 000) [12].

Данные доказательной медицины свидетельствуют о том, что раннее начало комплекса мер по лечению и профилактике артериальной гипертензии, могут значительно снизить не только частоту мозгового инсульта, но и связанные с ним сердечно – сосудистые осложнения и сердечно – сосудистую смертность [13]. Свидетельством этого служит снижение показателей распространенности ИБС среди лиц в возрасте 35-64 лет в последние два десятилетия в большинстве западных стран благодаря широкому внедрению профилактических программ и новейших методов лечения артериальной гипертонии согласно международным клиническим руководствам [14-16].

Одной из проблем лечения больных с АГ является низкий комплайнс пациентов к медикаментозной терапии. В руководстве Европейского общества по артериальной гипертонии (2013) приверженность пациента лечению определяется как степень следования медицинским рекомендациям по изменению образа жизни, регулярное посещение врача и прием назначенных лекарственных препаратов [17].

Около 10% всех случаев госпитализации во всем мире в настоящее время связано с несоблюдением указаний лечащего врача. Сегодня тратятся большие суммы денег на проведение крупных рандомизированных клинических исследований по изучению эффективности тех или иных препаратов, составление рекомендаций, основанных на принципе доказательной медицины, но эффективность рекомендаций значительно снижается из-за недостаточной приверженности пациентов назначениям врачей [18].

Никакая терапия не способна предупредить развитие заболевания, если пациент недостаточно четко соблюдает рекомендации лечащего врача, то есть не привержен терапии. Приверженность терапии является модифицируемым фактором, зависящим от поведения пациента [19]. По оценкам специалистов, долгосрочная приверженность любому лечению, независимо от заболевания, не превышает 50%, в исследованиях приверженности лечению при хронических заболеваниях ее степень колеблется от 43% до 78% [20, 21].

Результаты многочисленных исследований позволили установить основные факторы, оказывающие влияние на приверженность: плохая переносимость препаратов и наличие побочных эффектов, полипрагмазия, стоимость терапии, курение, сложные схемы приема, отсутствие веры пациента в пользу терапии, отсутствие должного контакта с врачом [22, 23].

Положительно на приверженность влияют знания о своем заболевании и пользе терапии, более высокий уровень образования, доверие врачу, отсутствие стрессов, хорошее материальное положение [24].

Большинство исследований показали, что хронические заболевания без яркой симптоматики являются предиктором низкой приверженности лекарственной терапии. Отсутствие острых симптомов способствует низкой мотивации пациентов на длительный прием терапии [25].

При количественной оценке приверженности к лечению степень комплайенса измеряется в процентном соотношении времени, в течение которого пациент регулярно принимает предписанную дозу назначенного препарата. При хорошей приверженности этот показатель составляет 80-100%, при неудовлетворительной – ниже 70-80% [26].

Приверженность к лечению при качественной оценке включает в себя два основных компонента: продолжительность правильного приема препаратов (промежуток времени от начала лечения до его прекращения или момента завершения исследования) и правильность приема препаратов или исполнительность в лечении (оценивается путем сравнения предписанного режима назначения препарата и истинного его применения, включая наличие пропусков дозы, так называемых «лекарственных каникул», когда период без приема препарата составляет более трех дней) [27].

Установлено, что методы установления плохой приверженности к лечению пациентов имеют низкую чувствительность (менее 40%), но высокую специфичность (90%), т.е. врачи легко распознают хорошую приверженность, но испытывают трудности при выявлении низкой приверженности. Методы, позволяющие врачу выявить низкую приверженность, можно разделить на три категории: субъективные (расспрос, изучение дневника пациента), прямые (определение препарата или биологических маркеров в биологических жидкостях) и непрямые (оценка клинического ответа на терапию, физиологических маркеров, таких, например, как изменение частоты сердечных сокращений при приеме β-блокаторов, подсчет числа принятых таблеток, оценка потребности в дополнительных рецептах, электронное мониторирование использования препаратов) [28].

При этом каждый метод имеет положительные и отрицательные стороны. Прямые методы измерения приверженности основаны на измерении концентрации препарата или его маркера в крови или моче. Несмотря на то, что этот метод является наиболее надежными для оценки приверженности, он малопригоден при обычной клинической практике, так как его применение является дорогостоящим и трудоемким, его рутинное использование проблематично во врачебной практике, тем более при исследовании длительной приверженности пациентов, страдающих хроническими заболеваниями [29].

Из непрямых методов большой популярностью пользовался метод подсчета таблеток (вычисляют на разнице выданных и оставшихся таблеток), чаще используемый в клинических исследованиях. Однако результаты подсчета числа таблеток и сведения из дневника пациента могут привести к переоценке уровня приема препаратов, а метод определения дозы дает информацию только о последних приемах. К современным методам, позволяющим более точно определить степень приверженности пациента к лечению, является использование специально разработанной модели упаковки для лекарственных средств с электронным датчиком, дающим информацию о количестве открытий упаковки в день или выемки препарата [30].

Наиболее доступным и простым методом выявления приверженности является опрос во время визита к врачу, когда выясняется, как пациент выполнял назначения, сделанные на прошлом визите, уточняется, были или нет побочные явления при приеме препаратов, удобна ли схема приема препаратов, и т.д. В случае невыполнения назначенных рекомендаций по приему врач выясняет причину, по которой пациент не принимал лекарства или изменил режим дозирования препарата. Метод опроса характеризуется относительной простотой, однако, если у больного имеются какие-либо причины скрывать несоблюдение рекомендаций по приему препаратов, то информация, полученная при опросе, может быть необъективной. Опрос должен дополняться объективными методами оценки. В клинической практике для определения приверженности к лечению врачи обычно применяют анкетирование и вопросники, однако достоверность этих методов ставится под сомнение, часто результаты бывают значительно завышенными, так как пациенты могут целенаправленно давать заведомо ложные данные, не желая

сознаваться в том, что не следуют рекомендациям врача [31].

В клинической практике необходимо, чтобы опросник был удобен в применении как для врача, так и для пациента (содержать наименьшее количество возможных пунктов), чтобы его можно было быстро и легко использовать, а также быть экономичными. В то же время, вопросники должны отвечать специфическим критериям, чтобы минимизировать ошибку и добиться репродуктивности результатов. В реальной амбулаторной практике к наиболее часто применяемым опросникам относится опросник «Мориски-Грин-Левине», MGL [32], состоящий из 4-х вопросов. Пациент должен самостоятельно ответить на вопросы, выбирая один ответ из 2-х вариантов ответов. При обработке подсчитывается суммарный балл, и приверженными считаются больные, набравшие 4 балла. Пациенты, набравшие ≤ 3 баллов, считаются неприверженными к терапии. Разные виды опросников также широко используются для оценки эффективности проводимой терапии и оценки побочных эффектов антигипертензивных препаратов [33].

Анализ литературных данных демонстрирует высокую социальную значимость артериальной гипертонии как в мире, так и в Казахстане, что связано с высоким процентом осложнений, ведущих к инвалидизации и смертности населения. На сегодняшний день существуют многочисленные методы определения приверженности пациентов, страдающих артериальной гипертоний, к лечению, однако каждый из них обладает в той или иной мере выраженной субъективностью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 European Society of Hypertension - European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertension. - 2013.

2 Lozano R., Naghavi M., Foreman K., Lim S., Shibuya K. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 // Lancet.- 2012, N 380.- P. 95-128.

3 World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, World Health Organization.- 2011.- 221 p.

4 Murray C.J., Vos T., Lozano R., Naghavi M. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 // Lancet.- 2012, N 380.- P. 197-223.

5 World Health Organization. Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases / Report N. 916. - 2002. -228 p.

6 Lim S.S., Vos T., Flaxman A.D. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 // Lancet. – 2012, N 380.- P. 24-60.

7 Schunkert H., Erdmann J., Samani N.J. Genetics of myocardial infarction: a progress report // Eur. Heart J. – 2010, N.31. - P.918-925.

8 Last J.M. A Dictionary of Epidemiology / 4th ed. New York: Oxford University Press.- 2001. -138 p.

9 Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2012 году». –Астана.- 2013.- 325 p.

10 Global, regional, and national age–sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. - 2013. – 55 p.

11 Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2013 году». - Астана: 2014.

12 Pivina LM, Moldagalieva ZhT, Muzdubayeva ZhE, Belikhina TI, Zhunussova T. Medical and social problem of cardiovascular diseases in Kazakhstan // Наука и здравоохранение.- 2015, №2.- С. 50-59

13 Bangalore S. Secondary prevention after ischemic stroke or transient ischemic attack. Schwamm L., Smith E.E., Singh I.M., Liang L., Fonarow G.C., Bhatt D.L. // Am. J. Med. – 2014. – Т. 127, № 8 – 728–38 с.

14 Kuch B., Heier M., von Scheidt W., Kling B., Hoermann A., Meisinger C. 20-year trends in clinical characteristics, therapy and short-term prognosis in acute myocardial infarction according to presenting electrocardiogram: the MONICA/KORA AMI Registry (1985-2004) // J. Intern. Med.- 2010.- P 254-264.

15 Peeters W.J., Nusselder C., Stevenson E.J., Boyko L., Moon A. Age-specific trends in cardiovascular mortality rates in the Netherlands between 1980 and 2009 // Eur. J. Epidemiol. – 2011, N 26.- P.369-373.

16 Piotrowski W., Polakowska M., Koziarek J., Broda G., Sudden cardiovascular death rate and ischaemic heart disease death rate changes during the 5-year period of 2003-2008 // Kardiol. Pol. – 2012, N 70. - P. 1225-1234.

17 Рекомендации по лечению артериальной гипертонии Европейского общества по гипертонии и Европейского общества кардиологов .- 2013.- 104 с.

18 Шварц Ю.Г., Наумова Е.А. Приверженность пациентов к лечению с позиций доказательной медицины // Саратовский государственный медицинский университет. – 2005. – С. 47-51.

19 Geest S. De Adherence to long-term therapies: evidence for action. / S. De Geest,E. Sabaté // Eur. J. Cardiovasc. Nurs. – 2003.– Т. 2, № 4 – 323 с.

20 Pasquier F., Leys D. Why are stroke patients prone to develop dementia? // J. Neurol. – 1997. – Т. 244, № 3 – 135–42 с.

21 Schroeder K., Fahey T., Ebrahim S. Interventions for improving adherence to treatment in patients with high blood pressure in ambulatory settings // Cochrane Database Syst Rev.- 2004,-Vol.2:CD004804.

22 Haynes RB, Ackloo E, Sahota N. Interventions for enhancing medication adherence // Cochrane Database Syst Rev.-2008.- Vol.2:CD000011.

23 Haynes RB, Montague P, Oliver T, McKibbon KA, Brouwers MC, Kanani R. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications // Cochrane Database Syst Rev.- 2000.- Vol. 2:CD000011.

24 Pressman SD, Cohen S. Does positive affect influence health? Psychol Bull.- 2005.- Vol. 131, №6.- P.925-971.

25 Charlson M.E., Boutin-Foster C., Mancuso C.A. Translational Behavioral Science Research Consortium. Randomized controlled trials of positive affect and self-affirmation to facilitate healthy behaviors in patients with cardiopulmonary diseases: rationale, trial design, and methods // Contemp Clin Trials. – 2007.- Vol. 28, № 6.- P.748-762.

26 Ho P.M. Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. / P.M. Ho, C. L. Bryson // Circulation – 2009. – Т. 119, № 23 – P.3028–3035.

27 Чукаева И.И. Что такое приверженность к лечению, и что можно сделать для ее улучшения (на примере артериальной гипертонии) // Лечебное дело.- 2012. - № 2. - С. 21-26.

28 Osterberg L. Adherence to medication. / L. Osterberg, T. Blaschke // N. Engl. J.Med. – 2005. – Т. 353. - № 5.- P.487–497.

29 Cramer J., Rosenheck R., Kirk G. Medication compliance feedback and monitoring in a clinical trial: predictors and outcomes // ValueHealth – Т. 6, № 5 – P.566–573.

30 Bushnell C.D., Olson D.M., Zhao X., Pan W., Zimmer L.O., Goldstein L.B., Alberts M.J. Secondary preventive medication persistence and adherence 1 year after stroke // Neurology – 2011. – Т.77, № 12– P.1182–1190.

31 Хохлов А.Л., Лисенкова Л.А., Раков А.А. Анализ факторов, определяющих приверженность к антигипертензивной терапии // Качественная клиническая практика, 2003 г., №4, С.59-66.

32 Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence //Med Care. -1986.-Vol. 24.- P.67–74.

33 Duarte-Silva D., Figueiras A., Herdeiro M.T. et al. PERSYVE - Design and validation of a questionnaire about adverse effects of antihypertensive drugs. Pharm Pract (Granada).- 2014.- T.12. - № 2.- P.1-7.

Л.Б. Дүйсенова, Л.М. Пивина
Семей қ. Мемлекеттік медицина университеті

АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯ КЕЗІНДЕ ЕМДЕУГЕ БЕЙІЛДІЛІКТІ АНЫҚТАУДЫҢ ЗАМАНАУИ ӘДІСТЕРІ

Түйін: Мақалада артериялық гипертонияның таралушылығы жөніндегі деректер, оның дамуының негізгі факторлары, пациенттердің емдеуге бейілділігі туралы ұғым және оны анықтаудың әдістері ұсынылған. Әдеби деректерге жүргізілген талдау артериялық гипертонияның әлемде де, сол сияқты Қазақстанда да жоғары әлеуметтік маңыздылығын көрсетеді, бұл халықтың мүгедектенуі мен өлім-жітіміне әкелетін асқынулардың жоғары пайызымен байланысты. Қазіргі таңда артериялық гипертонияға шалдыққан пациенттердің емдеуге бейілділігін анықтаудың көптеген әдістері бар, алайда солардың әрқайсысы белгілі бір шамада айқын білінетін субъективтілікке ие.
Түйінді сөздер: артериялық гипертония, қанайналым жүйесінің аурулары, таралушылық, өлім-жітім, емдеуге бейілділік, емдеуге бейілділікті бағалау әдістері.

L.B. Dyussenova, L.M. Pivina
Semey State Medical University

MODERN METHODS OF DETERMINING THE ADHERENCE TO TREATMENT AT ARTERIAL HYPERTENSION

Resume: Data on the prevalence of arterial hypertension, the main risk factors for its development, the concept of patient adherence to treatment and the methods for its determining are presented in the paper. The analysis of literature data demonstrates the high social significance of arterial hypertension both in the world and in Kazakhstan, which is associated with a high percentage of complications leading to disability and mortality of the population. There are numerous methods for determining the adherence of the patients suffering from arterial hypertension to treatment, but each of them has some subjectivity.
Keywords: arterial hypertension, cardiovascular diseases, prevalence, mortality, adherence to treatment, methods of assessing adherence to treatment.

УДК: 616-002.77-08-035-092

О.В. Машкунова, Г.К. Далибаева
С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті,
ҚР ДС ӘДМ К және ІА ҒЗИ.

ОСТЕОАРТРОЗДЫҢ ПАТОГЕНЕТИКАЛЫҚ ЕМІ: ДИАЦЕРЕИН ФОКУСЫ

Мақалада Орцерин сауда атауымен диацереин препаратының тиімділігі мен қауіпсіздігін зерттеудің нәтижелері көрсетілді. Остеоартрит қазіргі кезде бірыңғай ауру ретінде емес, ең дұрысы, мысалы, метаболизмдік, жас ерекшелігі, генетикалық, жарақаттық аурулардың түрлі фенотиптік субтиптерін біріктіретін синдромы ретінде қарастырылады. ОА-тің дербестендірілген терапиясы көбіне оның фенотипімен немесе гетерогенділігімен негізделеді. ОА емдеу үшін ақырын әсер ететін симптомдік препараттардың бірі диацереин болып табылады, оның әсер ету механизмі өнімді баяулату және интерлейкин-1 патофизимологиялық тиімділігінде болады. Остеоартритпен ауыратын пациенттерде диацериннің (орцериннің) тиімділігі, төзу қабілеті және қауіпсіздігі зерттелді. Остеоартритпен ауыратын пациенттерде орцериннің тиімділігі мен қауіпсіздігін зерттеу бойынша ашық, бақыланбайтын проспективті зерттеу жүргізілді. 35 пациентте орцеринмен емдеудің 12 аптасында тиімділігі мен қауіпсіздігі бойынша нәтижелер талданды. Жүргізілген терапияның көрінісінде алғашқы деңгеймен салыстырғанда ауырудың байқалуы мейлінше азайғандығы көрінді. Пациенттердің көбі емдеудің нәтижелерін «жақсы» немесе «өте жақсы» деп бағалады. Гонартроз және коксартрозбен салыстырғанда қол буынының остеоартрозымен ауыратын пациенттерде емдеу нәтижелерінің мейлінше жоғары бағасы байқалды. НЕҚҚП қабылдаған аурулардың көбінде жүргізілген терапия барысында осы препараттардың дозасын алып тастауға немесе төмендетуге қол жеткізілді. Қарсы әсерлер өте аз болды және диарея, жиі несептің шығуы түрінде көрінді.
Зерттеу мақсаты: *Остеоартритпен ауыратын пациенттерде диацериннің (орцериннің) тиімділігі, төзу қабілеті және қауіпсіздігі зерттеледі.*
Мәліметтер мен тәсілдер. *Остеоартритпен ауыратын пациенттерде орцериннің тиімділігі мен қауіпсіздігін зерттеу бойынша ашық, бақыланбайтын проспективті зерттеу жүргізілді. 35 пациентте орцеринмен емдеудің 12 аптасында тиімділігі мен қауіпсіздігі бойынша нәтижелер талданды.*
Нәтижелері . *Жүргізілген терапияның көрінісінде алғашқы деңгеймен салыстырғанда ауырудың байқалуы мейлінше азайғандығы көрінді. Пациенттердің көбі емдеудің нәтижелерін «жақсы» немесе «өте жақсы» деп бағалады. Гонартроз және коксартрозбен салыстырғанда қол буынының остеоартрозымен ауыратын пациенттерде емдеу нәтижелерінің мейлінше жоғары бағасы байқалды. СЕҚҚП қабылдаған аурулардың көбінде жүргізілген терапия барысында осы препараттардың дозасын алып тастауға немесе төмендетуге қол жеткізілді. Қарсы әсерлер өте аз болды және диарея, жиі несептің шығуы түрінде көрінді.*
Қорытынды. *Орцерин жоғарғы клиникалық тиімділік, қауіпсіздікті,жақсы көтере алушылықты, қарсы әсерлердің өте аз болуы, қосарланған әсерге ие : аналгезирлеуші және қабынуға қарсы әсер , және құрылымдық-модифирлеуші әсерлерге ие.*
Түйінді сөздер: *Диацереин, орцерин, остеоартрит, тиімділік, қауіпсіздік.*

Өзектілік. Остеоартрит,қазіргі кезде бірыңғай ауру ретінде емес, ең дұрысы, метаболизмдік, жас ерекшелігі, генетикалық, жарақаттық аурулардың түрлі фенотиптік субтиптерін біріктіретін синдромы ретінде қарастырылады. ОА-тің дербестендірілген терапиясы көбіне оның фенотипімен немесе гетерогенділігімен негізделеді. ОА емдеу үшін баяу әсер ететін симптомдік препараттардың бірі диацереин болып табылады, оның әсер ету механизмі өнімді баяулату және интерлейкин-1 патофизимологиялық тиімділігінде болады.

ОА немесе Остеоартрит қазіргі кезде бірыңғай ауру ретінде емес, ең дұрысы, мысалы, метаболизмдік, жас ерекшелігі, генетикалық, жарақаттық аурулардың түрлі фенотиптік субтиптерін біріктіретін синдромы ретінде қарастырылады [1,2]. Дегенмен, бұндай жағдайлардың себептері сан алуан, аурудың дамуы барлық жағдайларда жасушалық күйзеліске негізделген және экстрацеллюлярлы матрикстің