

osteoarthritis progression: impact of reading procedures for longitudinal studies. // Ann Rheum Dis. – 2000. – Vol. 59. – P. 422-427.

35. Lequesne M, Cadet C, Auleley GR. New techniques and reproducibility of the manual measurement of the osteoarthritic hip joint space. // Osteoarthritis Cartilage. – 2000. – Vol. 8. – P. 156.

36. Dieppe P, Cushnaghan J, Jasani MK, McCrae F, Watt I. A two-year placebo-controlled trial

of non-steroidal anti-inflammatory therapy in osteoarthritis of the knee. // Br J Rheumatol. – 1993. – Vol. 32. – P. 595-600.

37. Huskisson EC, Berry H, Gishen P, Jubbs RW, Whitehead J, LINK Study Group. Effects of antiinflammatory drugs on the progression of osteoarthritis of the knee: Longitudinal Investigation of Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs in Knee Osteoarthritis Study Group. // J Rheumatol. – 1995. – Vol. 22. – P. 1941-1946.

STRUCTURAL EFFECT OF AVOCADO/SOYBEAN UNSAPONIFIABLES ON JOINT SPACE LOSS IN OSTEOARTHRITIS OF THE HIP

M. Lequesne, E. Maheu, C. Cadet, R.L. Dreiser
(Hôpital Léopold Bellan; Hôpital Cochi; Hôpital Bichat, Paris, France)

To evaluate the structural effect of avocado/soybean unsaponifiables (ASU) in the treatment of patients with symptomatic osteoarthritis (OA) of the hip. Methods. Patients with regular painful primary OA of the hip (European League Against Rheumatism 1980 criteria) and a joint space still 1 mm (Kellgren grade 1 to 3, assessed by an independent observer prior to inclusion) entered a prospective, multicenter, randomized, parallel group, double-blind, placebo-controlled trial of 2 years duration. Patients had at least a 6-month history of regular pain and an algo- functional index (AFI) 4. The primary assessment criterion was a decrease of the joint space width (JSW) on plain anteroposterior radiographs of the pelvis performed in standing position, measured at the narrowest points by 2 independent readers, previously tested and selected and blinded to both the treatment and the time sequence. Secondary criteria were standard clinical outcome measurements (AFI, pain on a visual analog scale, consumption of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and patient's and investigator's global assessments). Results. One hundred sixty-three patients were included: 102 men and 61 women (mean age $63,2 \pm 8,7$ years). A total of 108 patients (72 men and 36 women; mean age $64 \pm 7,9$ years) were radiologically evaluable at 23,7 $\pm 2,6$ months (ASU group; n = 55) and 23,7 $\pm 3,2$ months (placebo group; n = 53). Overall comparison of the evolution of JSW showed no difference between the ASU and placebo groups, from $2,35 \pm 0,93$ to $1,87 \pm 1,10$ mm and from $2,5 \pm 0,94$ to $1,9 \pm 1,33$ mm, respectively (intergroup P value at end point = 0,9). When patients were divided into 2 subgroups according to the median value of the baseline JSW (2,45 mm), the joint space loss in the most severely affected subgroup of patients (baseline JSW median) was significantly greater in the placebo group than in the ASU group: from $1,69 \pm 0,58$ to $0,84 \pm 0,77$ mm ($-0,86 \pm 0,62$ mm) and from $1,66 \pm 0,42$ to $1,22 \pm 0,7$ mm ($-0,43 \pm 0,51$ mm), respectively ($P < 0,01$). The JSW 7 decrease was identical, with no difference in ASU and placebo groups, in the less severely affected subgroup of patients (baseline JSW > median). Clinical parameters in the 2 groups did not differ significantly throughout the study. Conclusion. This pilot randomized, double-blind, placebo-controlled trial failed to demonstrate a structural effect of ASU in hip OA. However, in a post-hoc analysis, ASU significantly reduced the progression of joint space loss as compared with placebo in the subgroup of patients with advanced joint space narrowing. These results suggest that ASU could have a structural effect but require confirmation in a larger placebo-controlled study in hip OA.

© СИМАШОВА М.В., ДЫДЫКИНА И.С., МАКСИМОВ Н.А., ЛЕСНЯК О.М., БЕНЕВОЛЕНСКАЯ Л.И. - 2007

ОСТЕОПОРОЗ: РЕАЛЬНАЯ ПРАКТИКА. МНОГОЦЕНТРОВОЕ МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ «СЕВЕРНАЯ ЗВЕЗДА»

М.В. Симашова, И.С. Дыдыкина, Н.А. Максимов, О.М. Лесняк, Л.И. Беневоленская
(ГУ Институт ревматологии РАМН, Москва, директор – акад. РАМН, д.м.н., проф. Е.Л. Насонов;
Швейцарская фармацевтическая компания «Новартис»; Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург, ректор – д.м.н., проф. С.М. Кутепов, кафедра семейной медицины, зав. – д.м.н., проф. О.М. Лесняк)

Резюме. С целью установить основные причины обращения к врачу пациентов с остеопорозом (ОП) в реальной амбулаторной практике, выделить факторы риска ОП и оценить их значимость, уточнить характер проводимого лечения, частоту и локализацию переломов проведено одномоментное многоцентровое межрегиональное исследование с участием 264 врачей практического звена здравоохранения в рамках программы «Северная Звезда». Сбор данных осуществлялся путем однократного заполнения врачами специально разработанной анкеты. В исследование включено 8265 женщин и 922 мужчины в возрасте от 35 до 75 лет и старше, пришедших на амбулаторный прием в период в 2006 г. с ранее установленным диагнозом ОП. 5237 (57%) наблюдались с диагнозом первичный ОП, у 3950 (43%) – состояние расценено, как вторичный ОП. 57% всех обратившихся составили пациенты в возрасте 65 лет и старше. Установлено, что в реальной амбулаторной практике за помощью обращаются преимущественно пожилые пациенты, с тяжелым течением заболевания, с переломами в анамнезе. Наличие переломов, произошедших в течение 5 последних лет у 52% опрошенных и анализ характера проводимой терапии, свидетельствуют о неадекватном лечении пациентов, о недостаточном использовании препаратов патогенетического ряда.

Ключевые слова: остеопороз, «Северная звезда», реальная клиническая практика, обращения к врачу.

Всестороннее изучение остеопороза (ОП), как медицинской, так и социально-экономической проблемы, в нашей стране началось сравнительно недавно. Первые научные исследования, диссертационные работы, публикации

появились в начале 90-х гг. XX в. Следует отметить, что за короткий период времени ученым РФ удалось добиться больших результатов: получены данные о распространенности ОП и переломов в различных регионах страны,

изучены этиологические факторы заболевания и факторы риска переломов, патогенетические механизмы его развития, особенности течения и тяжесть состояния больных различными формами ОП, дана оценка эффективности способов традиционной лекарственной, ортопедической и немедикаментозной терапии, рассчитаны экономические затраты связанные с лечением.

Частота ОП в нашей стране составляет в среднем 30,5-33,1% среди женщин и 22,8-24,1% среди мужчин в возрасте 50 лет и старше [1]. Многоцентровое исследование (12 крупных городов), включавшее 1 394 250 жителей РФ в возрасте 50 лет и старше показало, что переломы, развившиеся при незначительной травме, являются серьезной проблемой здравоохранения: обнаружено в среднем 105,9 перелома шейки бедренной кости и 514,0 – костей предплечья на 100 тыс. человеко-лет наблюдения [2].

Благодаря созданию региональных центров по изучению остеопороза и координации усилий Центром профилактики остеопороза МЗ РФ, который был создан на базе ГУ Института ревматологии РАМН, удалось объединить специалистов (ревматологов, эндокринологов, гинекологов, травматологов-ортопедов, пульмонологов, гастроэнтерологов и др.), определить приоритеты. На регулярной основе проводится большая работа по совершенствованию знаний врачей разных специальностей и пропаганде знаний по ОП среди населения. Организованы многочисленные курсы и семинары, циклы лекций и конференций, школы по ОП для больных. Поиск групп риска развития остеопенического синдрома (предостеопороза) помогает создать благоприятные предпосылки для ранней диагностики и профилактики остеопороза.

Сегодня не надо убеждать в том, что ОП, так же как и сердечно-сосудистые болезни является мультифакторальным заболеванием, мультидисциплинарной проблемой. ОП существенно снижает качество жизни, является частой причиной инвалидизации и преждевременной смерти пациентов. Однако, несмотря на это, в реальной практике врачи очень часто недооценивают степень тяжести пациентов с диагнозом ОП, не утруждают себя оценкой факторов риска развития переломов, в том числе повторных, не всегда назначают патогенетически обоснованную терапию. В связи с этим по инициативе Российской ассоциации по остеопорозу (РАО), при поддержке и участии швейцарской фармацевтической компании «Новартис» было проведено одномоментное многоцентровое межрегиональное исследование с участием врачей практического звена здравоохранения в рамках программы «Северная Звезда», цель которого установить основные причины обращения к врачу пациентов с ОП в реальной амбулаторной практике, выделить факторы риска ОП и оценить их значимость, уточнить характер проводимого лечения, частоту и локализацию перенесенных переломов.

Материалы и методы

В исследование были включены пациенты с установленным диагнозом ОП в возрасте 18 лет и старше, пришедшие на амбулаторный прием к врачу в период с 01.01 по 30.11.2006 г. Обратилось 9 187 больных ОП, в том числе 8 265 (90%) женщин и 922 (10%) мужчины.

Всем пациентам диагноз был установлен ранее на основании жалоб, осмотра, изучения анамнеза и факторов риска ОП, указаний на переломы костей при минимальной травме, сопутствующих заболеваний и проводимой терапии, в соответствии с общепринятыми клиническими и лабораторными методами обследования. Диагноз подтвержден рентгенологически (у большинства пациентов выполнены спондилограммы грудного или поясничного отдела позвоночника в двух проекциях), а также результатами денситометрии и оценкой минеральной плотности костной ткани (МПК) в соответствии с рекомендациями ВОЗ (1994).

Исследование проводилось в 30 городах России (Москве, Санкт-Петербурге, Туле, Ярославле, Воронеже, Ростове на Дону, Нижнем Новгороде, Екатеринбурге,

Перми, Кемерово, Тюмени, Иркутске, Хабаровске, Владивостоке и др.) с участием 264 квалифицированных врачей различных специальностей, которые ведут регулярный амбулаторный прием пациентов с ОП. В исследовании приняли участие 114(43%) ревматологов, 48(18%) травматологов-ортопедов, 34(13%) невропатологов, 24(9%) эндокринологов, 19(7%) терапевтов и врачей общей практики, 9(3%) гинекологов, 7(3%) кардиологов, 3(1%) пульмонолога, 3(1%) радиолога, 2 (1%) геронтолога, 1(<1%) хирург.

Сбор данных осуществлялся путем однократного заполнения врачами анкеты, разработанной совместно с РАО. Специально разработанная анкета включала оценку анамнестических данных пациента, факторов риска ОП и переломов, сведения о перенесенных (за последние 5 лет) переломах костей и их локализации, причины обращения к врачу, характер предшествующего лечения.

Обработка данных проводилась при помощи электронных таблиц Microsoft Excel 7.00.

Результаты и обсуждение

Все пациенты, включенные в исследование были распределены по группам в зависимости от возраста (табл. 1). Большинство – 77% составили больные в возрасте старше 55 лет. Среди них преобладали пациенты в возрасте от 66 до 75 лет, их количество составило 3169 (35%) чел. Среди обратившихся большинство были женщины – 8265 чел. Соотношение мужчин к женщинам 1:9. Однако в возрастных группах моложе 35 лет и от 36 до 45 лет это соотношение составляет 1:2 и 1: 3 соответственно, а в возрасте от 66 до 75 лет – 1:16.

Таблица 1. Распределение пациентов с остеопорозом по возрасту.

Возраст пациентов	Число больных	%	мужчины	%*	женщины	%**
35 и менее	341	4%	105	11%	236	3%
36 – 45	377	4%	99	11%	278	3%
46 – 55	1317	14%	177	19%	1140	14%
56 – 65	1957	21%	178	19%	1779	22%
66 – 75	3169	35%	189	21%	2980	36%
76 и старше	2026	22%	174	19%	1852	22%
Всего:	9187	100%	922	100%	8265	100%

*% – к числу всех мужчин; **% – к числу всех женщин

По мере увеличения возраста происходит значительное увеличение женщин в каждой возрастной группе: от 3% в группах молодых больных (до 35 лет и от 36 до 45 лет), 14 % в группе женщин от 46 до 55 лет и до 36% в возрасте от 66 до 75 лет. Исключение составляют больные 76 лет и старше, их количество сопоставимо с количеством пациенток в возрасте от 56 до 65 лет и составляет 22%.

Молодых мужчин в обеих группах (до 35 лет и от 36 до 45 лет) также примерно одинаково, около 11% от числа всех мужчин, но значительно больше, чем женщин этого возраста. По мере увеличения возраста доля мужчин в каждой возрастной группе увеличивается незначительно, больше всего мужчин в возрасте от 66 до 75 лет (21%), в остальных анализируемых группах – по 19%.

Анализ причин обращения пациентов с ОП к врачу, показал, что плановое обследование и получение рекомендаций по лечению ОП является основной причиной для 4747 (52%) больных, другое заболевание – для 3406 (37%). У 798 (10%) пациентов ранее предъявляемые жалобы не расценены как болезнь. На плановый профосмотр явилось 492 (5%) больных. Повышенное внимание к своему здоровью отмечено у 259 (3%) пациентов. Административной причиной обращения были 23 (<1%) случая.

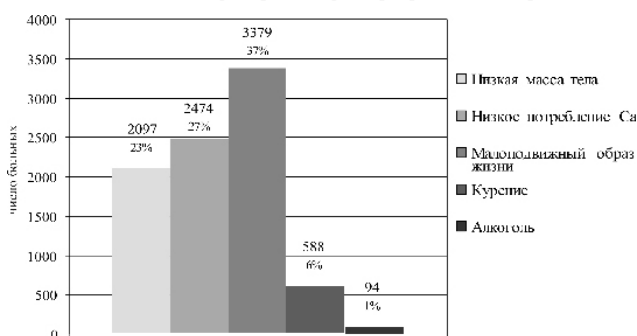
В соответствии с классификацией ОП больные распределены в две группы. В группе больных с первичным ОП оказалось 5237 (57%) чел., в том числе с постменопаузальным ОП 2039 (39%) человек и сенильным – 3198

(61%). Другая группа – это пациенты, у которых ОП вторичный, следствие или осложнение основного заболевания, проводимой лекарственной терапии (например, глюкокортикоидами (ГК), антиконвульсантами, антикоагулянтами, цитостатиками в высоких дозах). Группа больных с вторичным ОП несколько меньше – 3950 (43%) чел.

Все факторы риска развития ОП и связанных с ним переломов разделены на модифицируемые (потенциально изменяемые) и немодифицируемые. Отмечено наличие 8 632 (25%) модифицируемых и 25 978 (75%) немодифицируемых факторов. В среднем каждый пациент отметил 4 фактора риска развития ОП и переломов.

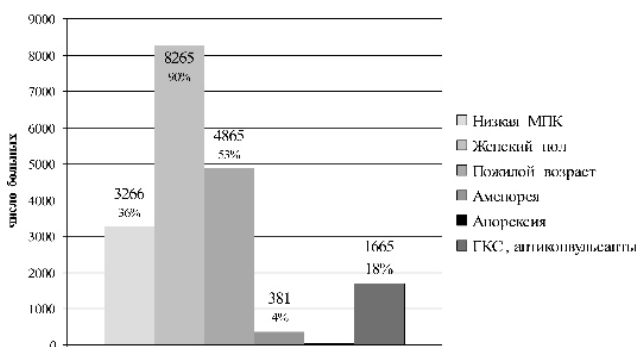
Малоподвижный образ жизни ведет каждый третий пациент – (3 379 (37%) чел.). Каждый четвертый – имеет низкую массу тела (2097 (23%) чел.) и недостаточное потребление кальция с продуктами (2474 (27%) чел.). Курят 588(6%) больных ОП, употребляют алкоголь – 94 (1%) (рис. 1).

Рисунок 1. Модифицируемые факторы риска остеопороза.



Женский пол (90% больных), пожилой возраст у 4865(53%), низкие значения минеральной плотности костной ткани у 3266 (36%) человек, аменорея в анамнезе у 381 (4%) женщин, прием ГК или антиконвульсантов 1665 (18%) рассматриваются как немодифицируемые факторы риска ОП (рис. 2).

Рисунок 2. Немодифицируемые факторы риска остеопороза.

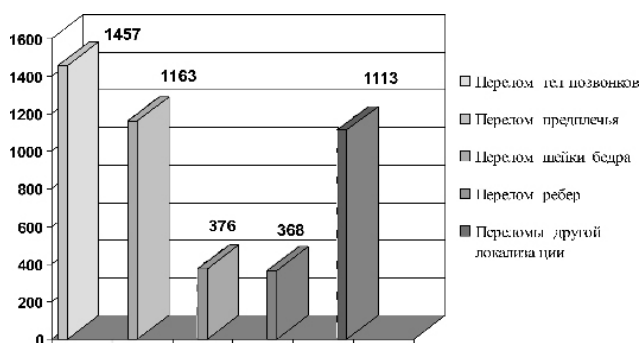


2984 (32%) чел. сообщили о переломах, которые возникли у них в возрасте старше 50 лет, 600 (7%) – отметили наличие остеопоротических переломов у родственников первой степени родства, а 699 (8%) – остеопороза у членов семьи.

Анализ анамнестических данных и медицинских документов 8593 больных ОП (в остальных анкетах этот раздел не заполнен), подтверждающих наличие переломов в течение последних 5 лет показал, что 4477 (52%) чел. имели переломы на фоне минимальной травмы. У 1457 (33%) из них были диагностированы переломы позвоночника, у 1163 (26%) – переломы костей

предплечья. 376 (8%) больных ОП перенесли перелом шейки бедренной кости, примерно столько же – 368 (8%) переломы ребер. Переломы другой локализации отмечены у 1113 (25%) больных (рис. 3).

Рисунок 3. Локализация переломов возникших на фоне минимальной травмы в течение последних 5 лет.



У больных с первичным и вторичным ОП проведен сравнительный анализ распределения частоты переломов, в зависимости от возраста, возникших на фоне минимальной травмы в течение последних 5 лет (табл. 2). Установлено, что частота возникновения переломов как в группе больных с первичным ОП, так и в группе больных с вторичным ОП сопоставима и составляет в среднем 51% и 53% соответственно. Частота переломов нарастает по мере увеличения возраста больных в обеих группах.

Сравнивая частоту возникновения переломов у пациентов с первичным и вторичным ОП молодого возраста (до 35 лет и от 36 до 45 лет) установлено, что при вторичном ОП этот показатель высокий и составляет 48% и 44% соответственно, в то время как, при первичном ОП около 27%. По мере увеличения возраста пациентов, как с первичным, так и с вторичным ОП во всех анализируемых возрастных группах наблюдается сопоставимое нарастание частоты возникновения переломов. Так, у пациентов в возрасте от 46 до 55 лет с первичным ОП распространенность переломов составляет 43%, а у пациентов с вторичным ОП – 47%; в возрастной группе от 56 до 65 лет – 50% и 56% соответственно; в возрасте от 66 до 75 лет – 54% и 58% соответственно; а в возрасте 76 лет и старше – 51% и 59% соответственно.

Анализируя, характер проводимого предшествующего лечения ОП установлено, что патогенетически обоснованную терапию получали 4589 (50%) больных ОП. Бисфосфонаты были назначены 7% больным, в том числе 167 (2%) получали фосамакс, а 458 (5%) – ксидифон. Альфакальцидол получали 1363 (15%) больных. Кальцитонин лосося (микальдик) был назначен 2601 (28%), в том числе в виде внутримышечных инъекций 432 (16,6%), в виде назального спрея 2169 (23,5%) больным.

При установленном диагнозе ОП 4 598 (50%) пациентов получали только препараты кальция и нативного витамина D. При этом, у 1682 (18%) человек лечение осуществлялось с использованием монотерапии препаратами

Таблица 2. Распределение частоты переломов возникших в течение последних 5 лет по возрастным группам пациентов при первичном и вторичном ОП (n = 8 593)

Возраст	Первичный остеопороз			Вторичный остеопороз		
	обследовано пациентов	наличие переломов n	%	обследовано пациентов	наличие переломов n	%
35 и менее	8	3	37,5%	328	158	48%
36 - 45	64	17	27%	448	197	44%
46-55	463	199	43%	826	387	47%
56-65	1119	558	50%	897	499	56%
66-75	1646	892	54%	1598	922	58%
76 и старше	758	388	51%	438	258	59%
Всего:	4058	2057	51%	4535	2421	53%

кальция, а у 2 916 (32%) больных – назначением комбинации кальция и витамина D.

Отличием данной работы от работ по эпидемиологическим аспектам ОП в различных популяциях является возможность продемонстрировать срез больных ОП в реальной амбулаторной практике в многоцентровом межрегиональном исследовании с участием врачей различных специальностей.

Установлено, что снижение МПК начинается с 45-50 лет, но риск ОП значительно увеличивается после 65 лет [3]. Возраст 65 лет и старше рассматривают как предиктор перелома костей [4]. Женщины имеют более высокий риск ОП. Это связано с особенностями гормонального статуса, с меньшими размерами костей и общей меньшей костной массой [3]. Женщины теряют костную массу быстрее и в большем количестве. Потеря костной массы у женщин составляет 0,86-1,21% в разных участках скелета, а у мужчин 0,04-0,9% [3]. Женский пол относят к факторам риска ОП и переломов. В наше исследование было включено 90% женщин. Пациенты старше 65 лет составили 57%. В этой возрастной группе мы наблюдаем максимальную частоту возникновения переломов.

Низкий индекс массы тела является индикатором низкой МПК [5]. Низким считается индекс массы тела $< 20 \text{ кг/м}^2$, а низкой масса тела $< 57 \text{ кг}$ [6]. У людей с семейным анамнезом ОП наблюдается более низкая МПК. Считается, что это связано с низким пиком костной массы в семьях [6]. Семейный анамнез включает не только диагноз ОП, но и наличие перелома при минимальной травме у родственников (матери, отца и сестер) в возрасте старше 50 лет [3, 5]. В нашем исследовании примерно каждый четвертый имеет низкую массу тела. Около 7% пациентов указали на наличие остеопоротических переломов у родственников, а 8% сообщили о ОП у членов семьи.

Большое значение имеют переломы на фоне минимальной травмы у женщин 40-45 лет и старше. Они свидетельствуют о предрасположенности к переломам и позволяют прогнозировать риск последующих переломов. У людей с переломом любой локализации риск последующего перелома в 2,2 раза выше [3]. Для прогноза имеют значение число и локализация переломов. Так, после перелома позвонка риск перелома другого позвонка в течение года составляет 19,2%, риск перелома шейки бедра 13,3%. Наличие у женщин компрессионных переломов позвонков повышает риск последующих в 7,4 раза. Переломы предплечья могут предшествовать переломам позвонков и бедра, а предыдущие переломы бедра увеличивают риск последующих переломов данной локализации [3, 5, 7]. В нашем исследовании 32% пациентов сообщили о переломах на фоне минимальной травмы в возрасте старше 50 лет. У 4477 (52%) человек переломы произошли в течение 5 последних лет, в том числе у 1457 больных это были переломы позвонков, у 1163 – костей предплечья, у 376 – переломы шейки бедра и у 368 – ребер.

В популяции больные с вторичным ОП составляют около 15%. В реальной амбулаторной практике, отмечено большое число больных вторичным ОП (43%), в том числе 17% молодых больных (до 45 лет). Среди молодых отношение мужчин к женщинам составляет 1:3. Затем, после 65 лет, количество больных первичным и вторичным ОП становится сопоставимым, а отношение мужчин к женщинам – 1:16. У молодых больных с вторичным ОП, частота переломов достаточно высокая, составляет 44-48% и сопоставима с пациентами старшего возраста.

По результатам одномоментного эпидемиологического исследования 2375 женщин в возрасте старше 45 лет (средний возраст $67,7 \pm 7,6$ лет), наблюдавшихся в Городской поликлинике №5 Департамента здравоохранения г. Москвы [8] было установлено, что 31,1% из них имели 890 переломов разной локализации в возрасте после 40 лет. Наибольшее количество переломов локализовалось в области предплечья (50,3%), максимум частоты переломов приходился на возраст 60-69 лет (41,5%). В этом

же возрасте отмечалось максимальное количество переломов проксимального отдела бедра (46,1%). В возрасте 70-79 лет переломов произошло значительно меньше, чем у более молодых (50-59, 60-69 лет), автор объясняет данный факт меньшей активностью пациентов в этом возрасте. В нашем исследовании не получено значительного уменьшения частоты переломов у пожилых больных, более того, максимум переломов (59%) отмечен в группе больных вторичным ОП в возрасте 76 лет и старше.

В нашем исследовании 18% больных принимали ГК или антиконвульсанты. Установлено, что системная терапия ГК приводит к быстрой потере МПК. Наиболее выраженное снижение МПК наблюдается в первый год, достигая 30% в первые 6 месяцев лечения. Более высокая скорость снижения МПК по сравнению с физиологической отмечается в течение всего периода лечения [9,10]. В процесс вовлекается как трабекулярная, так и кортикальная костная ткань [11,12], в связи с чем переломы костей скелета могут быть различной локализации (позвонки, проксимальный отдел бедра, кости таза, предплечья, ребра, трубчатые кости).

Современные подходы к профилактике и лечению ОП [4,14,15] предполагают обязательное назначение патогенетических препаратов, замедляющих резорбцию костной ткани или стимулирующих ее формирование (бисфосфонаты, миакальцик, альфакальцитрол и др.). Выбор препарата зависит от того, какой механизм ремоделирования костной ткани нарушен [13]. Кальций и витамин D показаны для профилактики ОП у женщин в постменопаузе с нормальной МПК или остеопенией. Препараты кальция и витамина D должны быть обязательным компонентом любой схемы лечения ОП, однако данная комбинация недостаточна для монотерапии установленного ОП [4]. Среди наших больных с установленным диагнозом ОП только 30% получали антирезорбтивные препараты с доказанным терапевтическим эффектом (2% фосамакс и 28% миакальцик). В то время как у 50% больных ОП лечение проводилось препаратами кальция (18%) или комбинацией кальция и витамина D (32%).

Таким образом, ОП – это мультифакториальное заболевание со сложным патогенезом, широко распространенное среди населения, особенно среди лиц пожилого возраста. Впервые проведенное одномоментное многоцентровое межрегиональное исследование с участием врачей практического звена здравоохранения по оценке факторов риска остеопороза и переломов, анализу диагностики и фармакотерапии заболевания, показало, что в реальной амбулаторной практике за помощью обращаются преимущественно пожилые пациенты, с тяжелым течением заболевания, с переломами в анамнезе. Наличие переломов, произошедших в течение 5 последних лет у 52% опрошенных и анализ характера проводимой терапии, свидетельствуют о неадекватном лечении пациентов, о недостаточном использовании препаратов патогенетического ряда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Михайлов Е.Е., Беневоленская Л.И. Эпидемиология остеопороза и переломов // Руководство по остеопорозу. – М.: БИНОМ, 2003. – С. 10-53.
2. Михайлов Е.Е., Беневоленская Л.И., Аникин С.Г. и др. Частота переломов проксимального отдела бедренной кости и дистального отдела предплечья среди городского населения России // Остеопороз и остеопатия. – 1999. – №3. – С. 2-6.
3. Brown J.P., Josse R.G. 2002 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada // CMAJ. – 2002. – Vol. 167, №10. – Suppl. – P.S1-S34.
4. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение. Клинические рекомендации Российской ассоциации по остеопорозу / Под ред. Л.И. Беневоленской, О.М. Лесняк. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 171 с.
5. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) # 71: Management of osteoporosis: a national clinical guideline, June 2003. www.sign.ac.uk
6. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) Health Care Guideline: Diagnosis and Treatment of Osteoporosis. 3rd edition, July 2004. www.icsi.org
7. American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for Clinical Practice for the Prevention and Treatment of Postmenopausal Osteoporosis: 2001 edition, with selected updates for 2003 // Endocrine Practice. – 2003. – V.9. – №6. – P.545-464.
8. Торопова Н.В. эпидемиология, первичная профилактика и лечение постменопаузального остеопороза в условиях поликлиники: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2007. – 44 с.
9. Gennari C., Imbimbo B. Effects of prednisone and deflazacort on vertebral bone mass. // Calcif. Tiss. Int. – 1985. – Vol. 37. – P. 592-593
10. Lukert B.P., Johnson B.E., Robinson R.G. Estrogen and progesterone replacement therapy reduces glucocorticoid-induced bone loss. // J. Bone Miner. Res. – 1992. – Vol. 7. – P. 1063-1069

11. Rizzato G., Tosi G., Schiraldi G., et al. Bone protection with salmon calcitonin (sCT) in the long-term steroid therapy of chronic sarcoidosis. // Sarcoidosis. – 1988. – Vol. 5. – P. 99-103
12. Laan R.F.J.M., Buijs W.C.A.M., van Eming L.J.T.O., et al. Differential effects of glucocorticoids on cortical appendicular and cortical vertebral bone mineral content. // Calcif. Tiss. Int. – 1993. – Vol. 52. – P. 5-9

13. Родионова С.С., Балберкин А.В., Колондаев А.Ф. и др. Принципы патогенетически обоснованного лечения первичного остеопороза: Пособие для врачей. – М., 2003. – 25 с.
14. Ершова О.Б. Современные подходы к профилактике остеопороза // Качество жизни. Медицина. 2006. - №5(16). - С.69-75.
15. Беневоленская Л.И. Общие принципы профилактики и лечения остеопороза // Consilium medicum. - 2000. - №2(6). - С.240-244.

OSTEOPOROSIS: THE REAL PRACTICE. MULTICENTRAL INTERREGIONAL RESEARCH WITHIN THE LIMITS OF THE PROGRAM “NORTHERN STAR”

M.V.Simashova, I.S.Dydykina, N.A.Maxim, O.M.Lesnyak, L.I.Benevolenskaya
(Institute of Rheumatology of Russian Academy of Medical Science, Moscow,
Ural State Medical Academy, Ekaterinburg, Russia)

With the purpose to establish principal causes of the reference to the doctor of patients with osteoporosis (OP) in a real out-patient practice to allocate risk factors OP and to estimate their importance, to specify character of conducted treatment, frequency and localization of the transferred crises the one-stage multicentral inter-regional research with participation of 264 doctors of a practical part of public health services within the limits of the program “Northern Star” has been conducted. Data gathering was carried out by unitary filling with doctors of specially developed questionnaire. 8265 women and 922 men are included in research in the age of from 35 till 75 years and more senior, come on outpatient reception hours during in 2006 with earlier established diagnosis OP. 5237 (57%) were observed with the diagnosis primary OP, at 3950 (43%) – the condition is regarded, as secondary OP. 57 all addressed were made by patients in the age of 65 years and more senior. It is established, that in a real out-patient practice mainly elderly patients, with severe course of disease, with crises in the anamnesis more often address for help. Presence of the fractures which have occurred within last 5 years in 52 interrogated and analysis of character of conducted therapy, testify to inadequate treatment of patients, about insufficient use of preparations of pathogenetic type.

© ФИЛАТОВА И.В., РАСКИНА Т.А. - 2007

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ

И.В. Филатова, Т.А. Раскина

(Кемеровская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. В.М. Ивойлов,
кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. – д.м.н., проф. Т.А. Раскина,
Кемеровский областной клинический госпиталь для ветеранов войн, гл. врач – И. Шибакова)

Резюме. С целью оценить особенности липидного профиля у женщин с гипертонической болезнью (ГБ) в постменопаузе в зависимости от состояния минеральной плотности кости (МПК) обследовано 50 женщин с диагнозом ГБ (основная группа) и 27 женщин с нормальным артериальным давлением (АД) (контрольная группа). Определяли МПК и липидный спектр крови. У женщин с ГБ снижение МПК встречается достоверно чаще, чем у женщин без ГБ. У пациенток с нормальным АД и с остеопеническим синдромом (ОПС) атерогенные показатели липидного профиля достоверно выше, чем у женщин с нормальным АД и нормальной МПК. Полученные данные позволяют предположить, что ОПС в большей степени ассоциируется с гиперлипидемией, чем повышенное АД.

Ключевые слова: минеральная плотность кости, гипертоническая болезнь.

Остеопороз (ОП) и сердечно-сосудистая патология (ССП) – одни из самых распространенных заболеваний в России [8]. С позиции междисциплинарного подхода в кардиологии и ревматологии обсуждается роль остеопенического синдрома (ОПС) как независимого фактора риска кардиоваскулярных событий [4, 5, 6]. Так, доказано, что каждое снижение минеральной плотности костной ткани (МПК) проксимального участка лучевой кости на одно стандартное отклонение увеличивает риск преждевременной смерти (не связанной с остеопоротическими переломами) на 40% в течение последующих 2 лет и особенно смерти от геморрагического или ишемического инсульта [13]. Примечательно, что снижение МПК ассоциируется с риском развития инсульта в большей степени, чем повышение АД [10]. Отмечено, что распространенность как ССП, так и ОП возрастает в период постменопаузы [8]. Имеющиеся данные по факторам риска ОП и ССП позволяют предположить общность развития данных заболеваний. Согласно ряду проведенных исследований и обзоров литературы [5, 6, 7] можно предположить, что общим механизмом развития ОП и ССП является дефицит кальция и витамина D. Опубликованы работы, демонстрирующие положительное влияние статинов, снижающих уровень липидов в крови и риск сердечно-сосудистых катастроф,

на процессы костного ремоделирования [9, 11]. Таким образом, исследования взаимосвязи ССП и ОП являются актуальной проблемой современной медицины.

Материалы и методы

В обследование включены 50 женщин (средний возраст 55,4±4,47 лет) в физиологической менопаузе длительностью более 1 года (средняя длительность менопаузы составила 5,7±2,22 года, возраст наступления менопаузы – 49,5±2,39 лет) с документально подтвержденным диагнозом гипертонической болезни (ГБ) II стадии, умеренного и высокого сердечно-сосудистого риска длительностью более года. Все больные получали гипотензивную терапию: ингибиторы АПФ – 16 (32%) чел., б-адреноблокаторы – 12 (24%), антагонисты кальциевых каналов – 6 (12%), комбинированная терапия – 8 (16%). Эпизодический приём препаратов (различных фармакологических групп) отмечался у 8 (16%) человек. При включении в исследование стойкая компенсация ГБ отсутствовала у всех пациенток. Критерии исключения из исследования: наличие хронических заболеваний, влияющих на метаболизм костной ткани (гиперкортицизм, ревматоидный артрит, системные заболевания соединительной ткани, злокачественные новообразования, заболевания паращитовидных и щитовидной желез, синдром мальабсорбции, частичная