

[КОНЪЮНКТУРА И ИССЛЕДОВАНИЯ]

А.Л.ВЁРТКИН, проф., А.В.НАУМОВ, к.м.н., А.Х.ДАШДАМИРОВ, Ю.С.ПОЛУПАНОВА,
кафедра клинической фармакологии ГОУ ВПО МГМСУ, ГКБ №81

Роль врача общей практики

В ДИАГНОСТИКЕ

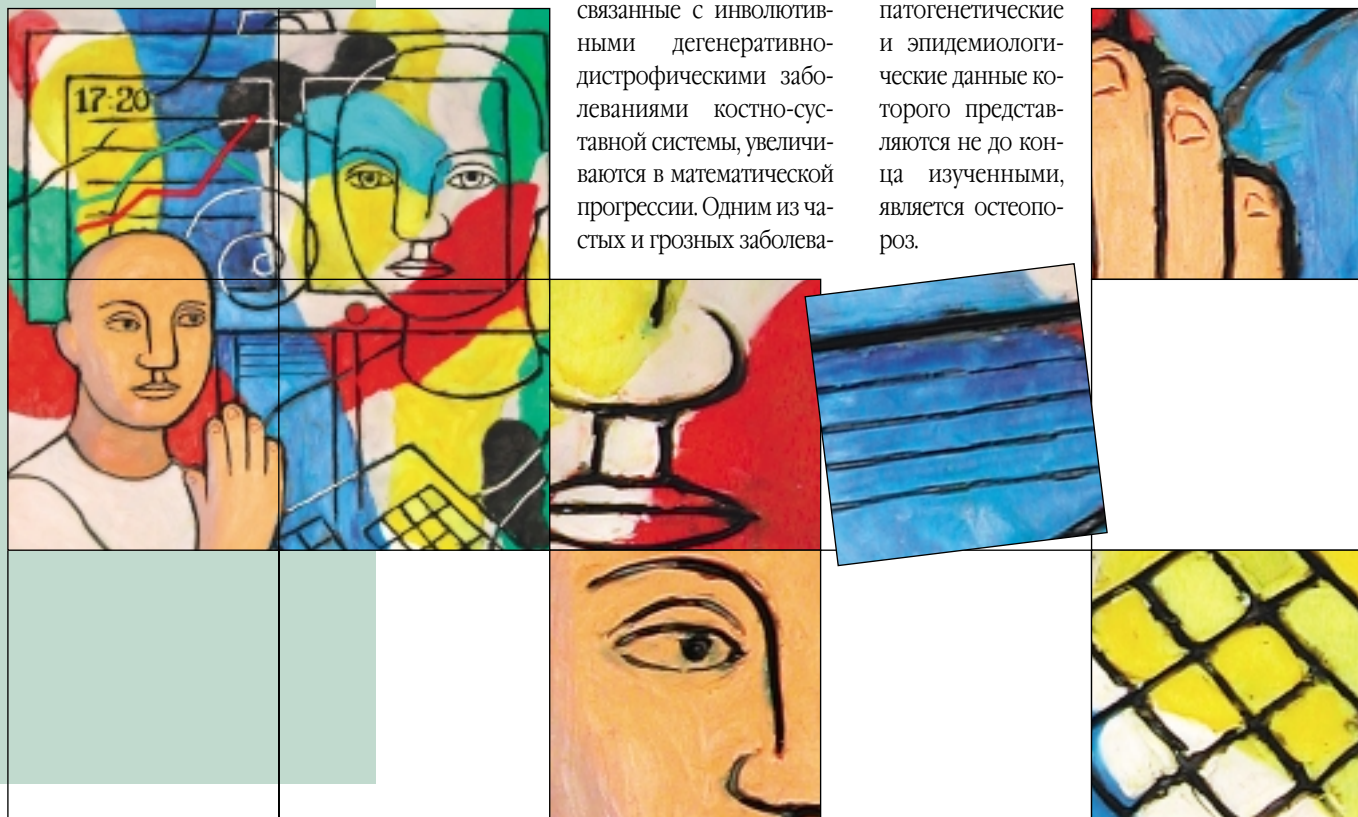
И ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТЕОПОРОЗА

Патология костей и суставов широко распространена в популяции и относится к числу наиболее частых болезней человека. Эти болезни являются ведущей причиной нетрудоспособности, часто имеют хроническое течение и сопровождаются постоянными и периодически усиливающимися болями. Они ограничивают физическую активность пациентов, оказывая тем самым тяжелое экономическое и психологическое воздействие на семьи. В настоящее время патология костей и суставов относится к числу болезней, груз которых ложится тяжелым бременем на общество, будучи связанным с потерями рабочей силы, огромными затратами на лечение, уход и обеспечение социальной поддержки пациентов. Эта тенденция нарастает во всем мире из-за изменения образа жизни, связанного с урбанизацией/индустриализацией, и увеличения продолжительности жизни населения.

Токийский манифест, 2002 г.

Поскольку сегодняшний день сопряжен с увеличением продолжительности жизни населения в целом, то и проблемы, связанные с инволютивными дегенеративно-дистрофическими заболеваниями костно-суставной системы, увеличиваются в математической прогрессии. Одним из частых и грозных заболева-

ний скелета, которому в современном мире посвящено большое количество научных исследований, заболевание, этиологические, патогенетические и эпидемиологические данные которого представляются не до конца изученными, является остеопороз.



Остеопорозом в начале XXI века поражено более 250 млн. жителей развитых стран, причем с 1960 г. увеличение числа случаев остеопороза произошло практически на 100 млн. пациентов.

Данных официальной статистики по распространенности остеопороза в России нет. Однако, учитывая более низкий социальный уровень, отсутствие федеральных программ по профилактике и лечению данного заболевания, точных методов диагностики, можно предположить, что в нашей стране распространенность остеопороза значительно выше, чем в Европе и Америке.

Проведенные выборочные эпидемиологические исследования в ряде городов (Москва, Ярославль, Тюмень) показывают, что показатели распространенности остеопороза в России соответствуют таковым в ряде европейских стран: Англии, Чехии, Словакии, Германии, Италии. Было подсчитано, что в Москве в 1995 г. распространенность переломов шейки бедра среди женщин составила около 140 на 100 000 населения, что соответствовало примерно 11 000—12 000 переломов в год. Средние затраты на лечение одного больного составляли в ценах 1995 г. примерно 25 млн. руб. Следовательно, общие затраты составили 300 млрд. руб., или 60 млн. долл. (Е.А.Лепарский, Департамент здравоохранения Москвы, И.А.Скрипникова, Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины МЗиСР РФ).

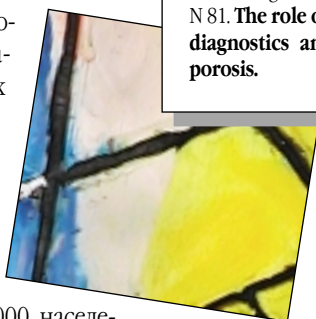
Профилактика остеопороза в настоящее время является приоритетным направлением здравоохранения большинства стран мирового сообщества (официальное заключение Европейского общества по остеопорозу). ВОЗ видит необходимость в разработке глобальной стратегии контроля заболеваемости остеопорозом, выделяя в качестве главных следующие направления: профилактика, скрининговое обследование, лечение и обучение как специалистов здравоохранения, так и пациентов.

На лечение остеопороза и его грозных осложнений — переломов — только в

SUMMARY

Late diagnosis is one of the main medical and social problems concerning osteoporosis. The reasons for poor diagnostics of osteoporosis, in the authors' opinion, include the lack of specific knowledge in doctors, common clinical «myths» about osteoporosis, as well as the lack of diagnostic equipment. The survey of 242 general practitioners from 19 cities of Russia showed that only 5% of doctors are aware of osteoporosis incidence, a bit more than 20% of doctors are aware of its incidence in women and a bit more than 10% — in men. About 35% of respondents could name the risk factors of osteoporosis, but only 12% of them would regularly check for these factors in their patients.

Professor **A.L. VERTKIN, A.V. NAUMOV**, PhD in Medicine, **A.H. DASHDAMIROV, Yu.S. POLUPANOVA**, Clinical Pharmacology department of Moscow State Medical and Stomatological University at Clinical Hospital N 81. **The role of general practitioner in diagnostics and prevention of osteoporosis.**



Европейских странах тратится более 329 млн. евро в год.

Несмотря на огромные финансовые средства, выделяемые на лечение и

профилактику остеопороза, ежегодно в мире происходит более 2 млн. переломов шейки бедра. Многие эксперты утверждают, что к 2050 г. частота переломов шейки бедра, связанных с остеопорозом, в мире возрастет до 6,26 млн. случаев, что, естественно, сопряжено как с увеличением социально-медицинских проблем, так и с экономическими затратами на лечение данной патологии. Безусловно, одним из главных факторов медико-социальной значимости остеопороза является его поздняя диагностика, что подтверждает и Международный фонд остеопороза (2004 г.), которая происходит, как правило, после уже случившегося нетравматического перелома.

Основными причинами неудовлетворительной диагностики, по нашему мнению, являются, с одной стороны, недостаточная информированность врачей в этой проблеме, с другой — общепринятые клинические «мифы» и недостаточная обеспеченность диагностическим оборудованием.

Проведенное нами анкетирование 242-х врачей общей практики из 19-ти городов России продемонстрировало, что о распространенности остеопороза осведомлены лишь 5% врачей, о частоте встречаемости заболевания у женщин — чуть более 20%, а у мужчин — чуть более 10% респондентов. Если о факторах риска остеопороза знают около 35% опрошенных врачей, то их поиск у больных проводят лишь 12%. Практически все врачи считают, что наиболее важным критерием остеопороза является перелом шейки бедра, хотя этот симптом является признаком не начавшегося заболевания, а проявлением уже тяжелого и длительного процесса. Более ранние симптомы заболевания, такие как деформация грудного отдела позвоночника и снижение роста, свидетельствующие о клиновидной деформации тел позвонков, а также переломы лучевой кости и главный критерий, измеренный с помощью костной денситометрии (Т-критерий — отношение измеренной плотности костной ткани к плотности при пике костной массы у здоровых лиц в возрасте 25—30 лет), знает лишь небольшая доля врачей.

С практической стороны важным является информированность о способах лечения и профилактики остеопороза. Как известно, наиболее эффективным является применение двух групп препаратов: кальцитонины и бисфосфонаты. По результатам нашего опроса, первую группу ЛС знают практически все врачи, вторую — только 45,7%. Но совсем непонятны ответы врачей об использовании препаратов фосфора, НПВП и калия, а также различных физиотерапевтических процедур для профилактики остеопороза.

Клинические «мифы», затрудняющие раннее выявление остеопороза:

♦ Остеопороз, как правило, заболевание женщин в постменопаузальном периоде.

Контраргумент: Оценить масштабы распространенности остеопороза позволяет примерная формула — остеопорозом страдают 1 из 3 женщин стар-



ше 50 лет и 1 из 5 мужчин того же возраста.

♦ Бесспорно, большая доля всех случаев остеопороза — это вторичные формы заболевания в результате тяжелых коллагенозов.

Контраргумент: По данным как отечественных, так и зарубежных авторов, вторичные формы остеопороза (вследствие наличия системного заболевания или приема ряда лекарственных препаратов) от всех форм остеопороза составляют более 60%. А наличие хронической соматической патологии у пожилых практически в 80% случаев приводит к снижению минеральной плотности костной ткани (МПКТ) вплоть до развития остеопороза, так, например, при ХОБЛ остеопения встречается более чем у 40% пациентов, а если пациенты лечатся системными глюкокортикостероидами, частота остеопений достигает у них 85%. У пациентов, имеющих ССЗ, по данным литературы, более чем в 68% случаев отмечается остеопения, при этом более чем у 50% пациентов диагностируется остеопороз. В США обследовано более чем 5000 пациентов, перенесших инсульт, практически у 98% пациентов диагностировано снижение МПКТ, как минимум, на пораженной стороне.

♦ Нужны клинические проявления заболевания, чтобы думать о дальнейшей тактике ведения больного.

Контраргумент: Остеопороз — это «молчащая» эпидемия XXI века. Клинические проявления (кифосколиотическая деформация грудного отдела позвоночника, боли в спине, переломы) возникают чаще всего уже при значительной потере как плотности, так и массы костной ткани.

Поводом к обследованию больных должно служить выявление факторов риска заболевания, например, по международному минутному тесту на факторы риска остеопороза, при которых частота развития остеопороза отмечается достоверно чаще. А у лиц пожилого возраста поиск факторов риска и клинических маркеров остеопороза должен проводиться при каждом медицинском обследовании.

Как уже упоминалось выше, большая доля всех случаев остеопороза — это вто-

ТАБЛИЦА Анализ результатов денситометрии в зависимости от соматической патологии

	BMD	Остеопения	Остеопороз
Артериальная гипертензия (n=22)	0,382±0,06	36,4%	13,6%
ИБС (или ИБС с АГ) (n=56)	0,316±0,04	41,1%	17,3%
ХОБЛ (n=52)	0,294±0,03	65,4%	25%
Цирроз печени (n=18)	0,218±0,08	27,8%	72,2%
Сахарный диабет (n=38)	0,187±0,03	31,6%	63,2%

ричные формы заболевания, выявление которых вполне возможно на уровне неспециализированной медицинской помощи.

С целью выявления распространенности, особенностей диагностики и лечения остеопороза у пациентов с хроническими заболеваниями внутренних органов мы обследовали 506 пациентов, поступивших в многопрофильный стационар в течение 3-х месяцев. В исследование включались больные в возрасте от 35 до 74 лет с обострением хронических соматических заболеваний. Из исследования исключались больные с остеоартритами различного генеза, синдромом или болезнью Иценко—Кушинга, с хронической диареей (панкреатической недостаточностью), с алкогольной болезнью печени более «В» по Чайлд-Пью, алиментарной дистрофией, ожирением более II степени, заболеваниями щитовидной железы. Средний возраст пациентов, включенных в исследование, составил 64,3±7,3 года. Число мужчин составило 157 человек, женщин — 349, из них 329 (94,3%) — в постменопаузе длительностью 20,8±11,9 года.

У всех пациентов проводился поиск факторов риска и клинических маркеров остеопороза. При отсутствии факторов риска пациенты исключались из исследования. При наличии хотя бы одного фактора риска пациентам рекомендовалось проведение костной денситометрии. На момент анализа результатов денситометрия была выполнена 148-ми пациентам (86-ти женщинам и 62-м мужчинам).

Методом определения плотности костной ткани являлась рентгеновская двухфотонная абсорбциометрия. Исследование проводилось по одной программе: определялись показатели минеральной

плотности костной ткани ультрадистального, дистального отдела и средней трети диафизов костей предплечья и вычислялось среднее значение.

Измерение проводилось на аппарате «DTX 200» корпорации Osteometer (Дания).

Плотность костной ткани (BMD) выражалась в содержании костных минералов на единицу площади (г/см²), а также в отношении к пику костной массы здоровых лиц в возрасте 25—30 лет (Т-критерий) и в отношении к костной массе лиц того же возраста (Z-критерий).

В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (1994 г.), результаты оценивались как нормальные при значении Т-критерия от 1 SD (стандартное отклонение) до -1 SD, остеопения — от -1,1 SD до -2,5 SD, остеопороз — менее -2,5 SD.

По данным Е.Л.Насонова, при сочетании двух и более факторов риска вероятность переломов возрастает на 30% и больше в любом возрасте. В нашем исследовании из 506-ти пациентов факторы риска остеопороза имели более 77% пациентов, в т.ч. комбинацию 2-х и более факторов риска — практически 2/3 больных. При этом каждый больной в среднем имел 2 и более фактора риска. В исследуемой популяции соматических больных боли в спине были выявлены более чем у 70%, снижение роста — у 37,7% и наличие в анамнезе перелома шейки бедра — практически у 7%. При этом ни пациенты, ни их лечащие врачи не оценивали данные симптомы в плане возможности остеопороза.

Анализ денситометрических показателей дистального отдела предплечья показал, что из 148-ми пациентов практически у 75% больных была выявлена патологически низкая плотность костной

ткани, при этом остеопороз выявлен у 32% пациентов, а остеопения — у 42,7%. Анализ факторов риска остеопороза в зависимости от соматической патологии показал, что причиной госпитализации в 25% случаев явилась артериальная гипертензия, при этом практически у 58% пациентов выявлены факторы риска остеопороза, у 229-ти больных с ИБС факторы риска выявлены у 82%, у пациентов с ХОБЛ — у 85%, среди пациентов с печеночной недостаточностью (вследствие цирроза печени) факторы риска выявлены практически у всех. При этом у больных с циррозом печени в 80,9% случаев наблюдалась комбинация более двух факторов риска. У больных ХОБЛ сочетания факторов риска выявлены у 61% пациентов, у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями — более чем у половины.

Наше исследование продемонстрировало, что более 98% пациентов сахарным диабетом имеют факторы риска развития остеопороза, причем более 75% имеют их комбинацию.

По результатам денситометрии (см. табл.) наиболее часто остеопороз диагностиро-

вался у пациентов с циррозом печени, при том, что снижение плотности костной ткани отмечалось у всех больных с этим заболеванием. У большинства пациентов с ХОБЛ также было отмечено снижение плотности костной ткани, а в четверти случаев диагностирован остеопороз. Реже заболевание отмечалось у пациентов с ССЗ, хотя у половины было выявлено снижение МПКТ. Практически у 95% пациентов с диабетом выявлена ненормально низкая плотность костной ткани, при этом остеопороз диагностирован у 63%, а остеопения — у 32%.

Таким образом, проведенное нами исследование продемонстрировало, что более 77% пациентов с хроническими соматическими заболеваниями имеют факторы риска развития остеопороза и связанных с ним переломов. Эти данные подтверждаются результатами костной денситометрии, при которой у 32% пациентов выявлен остеопороз, а у 43% — остеопения, что является грозным предиктором развития остеопороза.

Несмотря на это, только у 1,7% пациентов в нашем исследовании ранее был диагностирован остеопороз. Из всех паци-

ентов, имеющих факторы риска и нуждающихся в исследовании плотности костной ткани, лишь у 0,5% пациентов ранее была выполнена денситометрия. И уже известный диагноз не послужил поводом к назначению антирезорбтивной терапии, при этом и профилактическую терапию всех форм остеопороза — кальций в сочетании с витамином D3 — получали лишь 3 пациента, а диету, обогащенную продуктами с повышенным содержанием кальция — 12% больных. Таким образом, у всех пациентов с хронической соматической патологией целесообразно выявление факторов риска остеопороза. Наиболее простым и удобным пособием может явиться международный минутный тест на выявление факторов риска остеопороза. Это позволит повысить раннюю диагностику остеопороза, начать ранние профилактические и лечебные мероприятия, и как следствие, позволит снизить частоту связанных с остеопорозом переломов. Учитывая особенности отечественного здравоохранения, оптимальным скрининговым механизмом на выявление остеопороза могло бы служить обследование, как минимум, стационарных пациентов.

Возвращаясь к определению остеопороза как приоритетного направления здравоохранения, кафедра клинической фармакологии ГОУ ВПО МГМСУ в январе 2005 г. открыла Центр по изучению остеопороза. Согласно Токийскому манифесту, основными задачами центра являются:

- ◆ профилактика и лечение остеопороза;
- ◆ разработка методов контроля боли, восстановления функции, поддержания способности к самообслуживанию у лиц, страдающих остеопорозом.

Пути решения данных задач предусматриваются решением 5 основных вопросов:

1. Повышение информированности населения о росте заболеваний костей и суставов.
2. Обучение населения.
3. Обучение врачей.
4. Поддержка пациентов с остеопорозом.
5. Проведение исследований.

