

порога вмешательства для российской популяции, спирометрия, ДПА поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости. Обследование всех больных проведено 5 возможными в клинической практике методами: 1 – FRAX® без ДПА; 2 – FRAX®, а затем проведение ДПА у больных с промежуточной 10-летней вероятностью основных остеопоротических переломов с последующим пересчетом FRAX® с учетом минеральной плотности кости (МПК) в шейке бедренной кости; 3 – FRAX®, а затем ДПА у больных с промежуточной 10-летней вероятностью основных остеопоротических переломов. Учет результатов ДПА без последующего пересчета FRAX®; 4 – ДПА без FRAX®; 5 – ДПА с последующим расчетом FRAX® у лиц с нормальной МПК или остеопенией.

Результаты. В общей выборке пациентов при использовании всех указанных методов исследования (1–5) выявлены 5,1; 7,0; 15,7; 44,3 и 45,2 % лиц с остеопорозом соответственно. У мужчин при использовании методов с применением FRAX® (методы 1–3) наблюдались неудовлетворительные результаты – число больных, нуждающихся в лечении, не превышало 4,3 %, тогда как при рентгеноденситометрии остеопороз был выявлен в 43 % случаев. У женщин лучшим оказался метод 3 (FRAX® + анализ ДПА у больных с промежуточной 10-летней вероятностью основных остеопоротических переломов).

Основными независимыми предикторами снижения МПК являлись показатели объема форсированного выдоха за 1-ю секунду ≤ 30 % долж. после пробы с бронхолитическим препаратом и / или длительный прием пероральных глюкокортикостероидов.

Заключение. При применении российской модели FRAX® у мужчин с ХОБЛ выявлено очень низкое число лиц, нуждающихся в лечении остеопороза; оптимальным методом диагностики являлась двуэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия. Установлено, что при невозможности исследования МПК у большинства пациентов с ХОБЛ, двуэнергетическую рентгеновскую абсорбциометрию аксиальных отделов скелета следует назначать больным с очень тяжелой бронхообструкцией и / или лицам, длительно принимающим пероральные глюкокортикостероиды.

ОЦЕНКА ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Батудаева Т.И.

Бурятский государственный университет имени Доржи Банзарова, г. Улан-Удэ

Остеопороз является одним из наиболее распространенных заболеваний, которое занимает ведущее место в структуре заболеваемости и смертности населения. Остеопороз развивается постепенно и клинически нередко диагностируется уже после случившегося перелома. В течение последних 2-3 лет проблеме остеопороза не уделялось должного внимания в связи с пандемией COVID-19, на борьбу с которой были направлены все силы здравоохранения региона и всей страны.

Цель исследования: оценить тактику ведения женщин в возрасте 50 лет и старше, имеющих признаки остеопороза, в амбулаторной практике.

Материалы и методы. Было проведено анкетирование в случайной выборке женщин в возрасте 50 лет и старше, проживающих на территории одной из поликлиник города Улан-Удэ. В анкету, кроме вопросов общего плана о возрасте, росте, весе, знаниях о проблеме остеопороза, входили вопросы о факторах риска остеопороза, наличии хронических заболеваний, приеме препаратов как способствующих развитию остеопороза, так и применяющихся для профилактики и лечения остеопороза, проведении обследования для выявления остеопороза.

Результаты и обсуждение. В анкетировании приняла участие 131 женщина. В исследованной группе оказалось 58 человек в возрасте 50-59 лет, 52 женщины – в возрасте 60-69 лет, 21 пациентка 70 лет и старше.

На вопрос «Знаете ли Вы, что такое остеопороз и чем он опасен?» 81 женщина (62%) ответила утвердительно, 23 человека (17%) ответили отрицательно, 27 (21%) женщин ответили, что «немного знают». В анкете 31 пациентка указала сведения о наличии переломов костей, произошедших при падении с высоты собственного роста в возрасте 50 лет и старше, среди них 9 человек также отметили снижение роста на 4 см и более. Дополнительно о снижении роста на 4 см и более указали еще 23 человека, не имевших переломов в анамнезе. Таким образом, из 131 опрошенной 54 человека, что составляет 41% в исследованной группе, можно клинически отнести к лицам, имеющим остеопороз и требующим лечения данного заболевания.

Полиморбидность была выявлена у 28 из 54 женщин, имеющих переломы в анамнезе, что составило 52%. В группе без переломов в анамнезе множественная коморбидная патология была выявлена в 28 случаях из 77, что составило 36%. Наиболее часто в первой группе встречались заболевания желудочно-кишечного тракта, гипертоническая болезнь, ранняя менопауза. Во второй группе (без переломов в анамнезе) чаще встречались гипертоническая болезнь, сахарный диабет, хронические заболевания почек.

8 пациенток из 131 опрошенной женщины указали в анкете факт приема глюкокортикостероидов по поводу ревматоидного артрита – 5 человек, хронического заболевания почек – 3 пациентки и воспалительного заболевания кишечника – 1 женщина. 6 человек, принимавших глюкокортикостероиды, не имели переломов в анамнезе, 2 женщины – указали на переломы в анамнезе (у одной перелом лучевой кости, у второй – снижение роста на 4 см и более).

По результатам анкетирования всего 24 женщинам проведена остеоденситометрия. Антирезорбтивные препараты принимают всего 15 человек с переломами в анамнезе. Витамин D3 постоянно принимают 43 человека – 32,8%

опрошенных, среди тех, кто имеет переломы в анамнезе – 21 человек, что составляет 38,9% из группы и 22 человека – 28,6% пациенток из группы без переломов в анамнезе. Курсовой прием витамина D3 осуществляют еще 18 (33,3%) и 20 женщин (26%) из пациенток указанных групп соответственно. Препараты кальция постоянно и курсами принимают 25 (46,3%) женщин, перенесших переломы костей и 30 пациенток (39 %) без переломов в анамнезе.

Выводы:

1. Большая часть женщин исследованной группы (62%) знает об остеопорозе и его последствиях, однако 17% не имеют представления о заболевании.
2. По данным анкетирования, 41% женщин клинически имеет остеопороз и нуждается в лечении заболевания.
3. Менее 20% женщин 50 лет и старше, участвовавших в исследовании, были обследованы с помощью рентгеновской остеоденситометрии.
4. Антирезорбтивные препараты принимают всего 27,8% от нуждающихся.
5. Прием витамина D3 на постоянной основе осуществляют только третья часть опрошенных женщин, еще 29% принимают витамин D3 курсами.
6. Препараты кальция принимают 42% пациенток, участвовавших в анкетировании.
7. В связи с малочисленностью группы оценить вклад факторов риска остеопороза в развитие переломов костей не удалось.
8. Создание службы профилактики повторных переломов является настоятельной необходимостью в регионе.

АНАЛИЗ ВАРИАНТОВ ДЕБЮТА БОЛЕЗНИ ПЕДЖЕТА

Башкова И.Б.^{1,2}, Безлюдная Н.В.¹, Шутова И.И.¹, Киндякова Н.В.¹

¹ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» МЗ РФ (Чебоксары),

²ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова» (Чебоксары)

Целью исследования явился анализ поражения костно-суставной системы у пациентов с болезнью Педжета (БП) на стадии клинической манифестации.

Материалы и методы. В исследование включено 24 пациента с БП (из них 22 больных с впервые диагностированным заболеванием) из числа пациентов, обратившихся на первичный прием к травматологу-ортопеду или нейрохирургу ФГБУ «ФЦТОЭ» МЗ РФ (г. Чебоксары). Соотношение мужчин и женщин составило как 1,4:1,0. Средний возраст пациентов – 60,9±12,1 года (здесь и далее М±δ). Диагноз БП устанавливался на основании характерной рентгенологической картины и повышения активности щелочной фосфатазы (ЩФ) в сыворотке крови.

Результаты и обсуждение. В 83,3% случаев имела место поздняя диагностика заболевания – в среднем спустя 7,9±6,1 года после появления первых клинических симптомов. Только 4 пациента (16,7%) обратились к врачу в первый год заболевания. Средний возраст дебюта БП составил 53,9±10,9 года. При анализе клинической картины в дебюте заболевания выделены следующие варианты поражения костно-суставной системы у пациентов с БП: поражение костей периферического скелета – у 18 чел (75%), поражение аксиального скелета – у 5 чел (20,8%), одновременное поражение осевого скелета и костей тазового пояса – у 1 чел (4,2%). Наиболее часто отмечалось поражение бедренной кости (у 15 больных), которое во всех клинических наблюдениях носило асимметричный характер с тенденцией к правостороннему поражению. При этом у 10 больных имело место в дебюте заболевания изолированное поражение бедренной кости, чаще проксимального эпифиза, у 3 пациентов – одновременное поражение бедренной кости и костей таза, по 1 случаю – одновременное поражение дистального эпифиза бедренной кости и проксимального эпифиза большеберцовой кости и сочетанное вовлечение в патологический процесс бедренной кости и поясничных позвонков соответственно. Изолированное поражение костей таза наблюдалось в 1 случае. Среди длинных трубчатых костей вовлечение большеберцовой кости на этапе клинической манифестации отмечено у 3 пациентов (также носило асимметричный характер), плечевой кости – в 1 случае. Изолированное поражение позвоночника, чаще поясничного отдела, на этапе дебюта БП, выявлено у 5 больных. Поражение костей мозгового черепа отмечено в 1 наблюдении.

Необходимо отметить, что на момент верификации диагноза БП монооссальная форма заболевания установлена только в 16,7% случаев, тогда как полиоссальная – у 83,3% пациентов, что может быть связано не только с особенностями течения заболевания, но и в первую очередь с его поздней диагностикой.

Пациенты чаще предъявляли жалобы на постоянные боли в длинных трубчатых костях и смежных с ними периферических суставах. Артралгии были следствием развития вторичного остеоартрита в тазобедренном (75%) или коленном (25%) суставах. На этапе постановки диагноза саблевидно-варусная деформация голеней обнаружена практически у каждого 2-го (45,8%) пациента, в 3-х случаях (12,5%) наблюдалось значимое укорочение нижней конечности.

Больные чаще всего наблюдались у врачей по месту жительства по поводу кокс- или гонартроза в случае поражения костей тазового пояса и периферического скелета либо с «остеохондрозом позвоночника» или «остеопорозом» при вовлечении в патологический процесс позвонков.

При проведении рентгеновских инструментальных методов исследования выявлены один/несколько очагов резорбции костей с истончением кортикального слоя со стороны эндоста, разволокнение кортикального слоя, грубо trabecularная и кистовидная перестройка структуры костной ткани.