

ОСТЕОПОРОЗ У ПАЦИЕНТОВ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

А.Л. ВЕРТКИН*, Л.Ю. МОРГУНОВ**, А.В. НАУМОВ*, Ю.С. ПОЛУПАНОВА*, Е.И. ГОРУЛЕВА*,
Е.Н. АРИНИНА*, М.Б. БАННИКОВА*, Р.З. ХАЛВАШИ*, А.В. РОНЗИН*, Л.В. РУДЕНКО*

*ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

** 20 городская клиническая больница, Москва

Среди обследованных 1634 пациентов с соматической патологией 87,1% имеют факторы риска остеопороза. У мужчин с соматической патологией остеопороз диагностируется чаще, чем у женщин, а также отмечаются более низкие показатели МПК. У женщин с соматической патологией возраст не является значимым фактором риска для развития остеопороза, тогда как у мужчин распространенность заболевания увеличивается с возрастом. Определяющее значение в развитии остеопороза у пациентов с соматической патологией имеет наличие самой патологии и/или факторов риска ОП, вне зависимости от пола пациента.



В приоритетном Национальном проекте «Здоровье» в качестве основного направления медицинской политики выделены профилактика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) — главных виновников катастрофических событий в жизни населения страны. По прогнозам, Россия может увеличить ожидаемую продолжительность жизни на 6,7 года, если смертность от ССЗ снизится до уровня стран Европейского Союза [1]. В то же время в структуре смертности населения РФ второе место занимают так называемые «внешние» причины, на долю которых приходится 13,2% всех смертельных исходов, в том числе по причине различного рода травм.

Количество заболеваний опорно-двигательного аппарата, приводящих к высокой доле инвалидизации, выросло в стране за последние 15 лет на 89%. Среди причин столь высокого травматизма и заболеваемости существенная роль принадлежит остеопорозу (ОП). Результаты широкомасштабных длительных проспективных эпидемиологических исследований, проведенных в последние годы, убедительно свидетельствуют о высокой распространенности низкой минеральной плотности костной ткани среди населения, оказывающей негативное влияние на качество жизни и ее прогноз, приводящий к значительному экономическому ущербу, исчисляемому миллиардами долларов [2]. Согласно официальному заключению Европейского общества по ОП [3], эта патология должна быть основным приоритетом в развитии здравоохранения и обучении специалистов общей медицинской практики [4].

Практически ни один современный медицинский журнал не обходится без литературного обзора или оригинального исследования по ОП. Многие междисциплинарные конгрессы и симпозиумы, как отечественные, так и международные, посвящены патологии костной и хрящевой ткани.

Имеющиеся эпидемиологические и клинические данные демонстрируют, что :

— увеличение численности населения сопровождается его старением, и, по прогнозам ООН, к 2050 г. количество пожилых людей составит 14,7% от общей популяции;

— увеличение продолжительности жизни населения ассоциировано с инволютивными дегенеративно-дистрофическими заболеваниями костно-суставной системы и одним из наиболее частых и тяжелых заболеваний скелета, этиологические, патогенетические и эпидемиологические данные которого представляются не до конца изученными, является ОП [5];

— по данным ВОЗ, ОП является одной из важнейших проблем здравоохранения в мире и занимает по своей значимости 4-е место вслед за сердечно-сосудистой патологией, онкологическими заболеваниями и сахарным диабетом. Заболеваемости ОП в начале XXI века подвержено более 250 миллионов человек;

— затраты на лечение ОП и его осложнений варьируют от 200 до 500 миллионов евро в год, в зависимости от численности пожилых людей в стране.

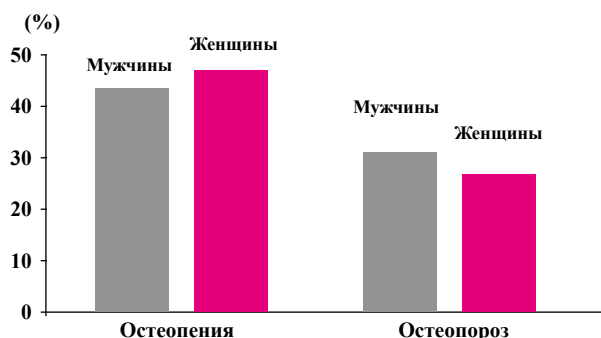


Рис. 1.

Распространенность низкой плотности костной ткани в зависимости от пола

В данной статье мы хотели бы остановиться на проблеме особенностей ОП в зависимости от пола пациента, чему сегодняшняя медицина придает особое значение. Так, в разных работах показано, что женщины имеют более низкую массу тела, меньший размер органов, большее содержание жира и, как следствие, больший объем распределения липофильных препаратов, гормонозависимые особенности метаболизма, варьирующие в зависимости от менструального

*Знаете ли Вы, что каждая третья женщина
пожилого возраста страдает остеопорозом?*

**ОСТЕОПОРОЗ -
высокий риск переломов
костей!**



Альфа Д₃ - TEVA
универсальный препарат
для профилактики и лечения
всех форм остеопороза



За дополнительной информацией обращаться в Московское представительство
"ТЕВА Фармацевтические предприятия ЛТД"
117246, Москва, Научный проезд, 8, офис 226
Тел.: 332-33-66, 721-17-39. Факс: 956-28-03.

TEVA

цикла, высокую активность цитохрома P450. Таким образом, в целом течение заболеваний и лекарственная терапия у женщин существенно отличаются от таковых у мужчин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Учитывая приведенные данные, мы провели работу по определению распространенности остеопороза у пациентов с соматической патологией. Исследование проводилось на базе городского кабинета остеопороза Департамента здравоохранения г. Москвы, на базе КДЦ ГКБ № 81. Обследовано 1634 пациента среднего возраста $52,3 \pm 12,3$ года, из них 523 (32%) мужчин и 1111 (68%) женщин (табл. 1). У 1537 (94,1%) пациентов была выявлена соматическая патология. Артериальная гипертензия была выявлена у 1326 (81,1%) пациентов, у 1367 (83,7%) были обнаружены различные формы ИБС: у 879 (53,8%) — стенокардия, у 279 (17,1%) — постинфарктный кардиосклероз, у 153 (9,4%) — мерцательная аритмия. Недостаточность кровообращения (1—3 по NYHA) встречалась у 670 (41,0%), перенесенная в анамнезе ОНМК — у 126 (7,7%) человек. У 197 (12,1%)

Таблица 1

Клиническая характеристика пациентов

Показатели	Мужчины	Женщины
n=1634	523 (32%)	1111 (68%)
Средний возраст, годы	$51,8 \pm 11,1$	$52,7 \pm 12,4$
Среднее число факторов риска у 1 б-го	1,9	1,2
Всего имеют факторы риска	1423 (87,1%)	
Имеют факторы риска	386 (73,8%)	1037 (93,3%)
Имеют ранее диагностированный ОП	6 (1,2%)	23 (2,1%)

пациентов диагностировалась ХОБЛ (бронхиальная астма и хронический бронхит), у 265 (16,2%) — сахарный диабет типа 2. Необходимо отметить, что у 1397 (85,5%) пациентов встречалась сочетанная патология.

Из исследования исключались пациенты с остеоартритами, болезнью или синдромом Иценко — Кушинга, хронической диареей в результате панкреатической недостаточности, алиментарной дистрофией, ожирением более II степени и заболеваниями щитовидной железы.

Таблица 2

Факторы риска ОП у мужчин и женщин с соматической патологией

Факторы риска	Мужчины		Женщины	
	Встречаемость, %	Значимость, p	Встречаемость, %	Значимость, p
Атравматические переломы у кровных родственников	20,9	0,842	23,8	0,910
Атравматические переломы у пациента	20,9	0,530	15,2	0,146
Прием кортикостероидов в течение более 3 мес.	7,0	0,141	10,5	0,389
Снижение роста более чем на 3 см	30,2	0,943	39	0,060
Злоупотребление алкоголем	23,3	0,045	1,9	0,276
Никотиновая зависимость	46,5	0,546	15,2	0,292
Частые поносы (связанные с целиакией, болезнью Крона и т. п.)	11,6	0,754	20	0,164
Дефицит половых гормонов	72,1	0,08	84,8	0,477
Наличие любого фактора риска	86	0,013	76,2	0,036

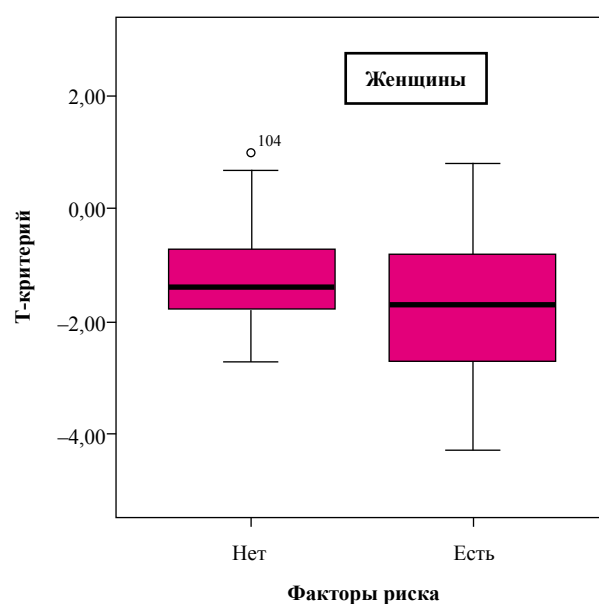
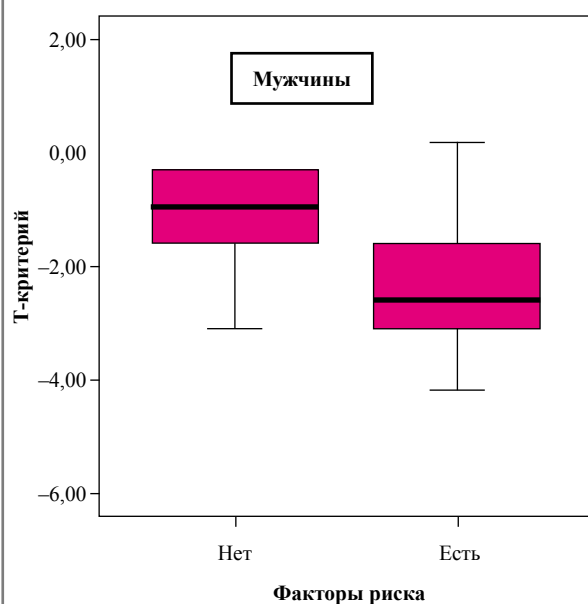


Рис. 2.
Распределение Т-критерия в зависимости от наличия или отсутствия любого фактора риска

Таблица 3

Многофакторный анализ значимости разных факторов и их комбинации в развитии остеопороза

Фактор	Мужчины, знач. р	Женщины, знач. р
Наличие соматической патологии (Патология)	0,001	0,027
Наличие сахарного диабета (СД)	0,134	0,506
Наличие дефицита половых гормонов (ДПГ)	0,08	0,477
Наличие хотя бы одного фактора риска (сумма факторов риска)	0,013	0,036
Возраст * Патология	0,013	0,431
Возраст * СД	0,270	0,517
Патология * СД	0,270	0,491
Возраст * Патология * СД	0,270	0,145
Возраст * ДПГ	0,270	0,145
Патология * ДПГ	0,270	0,145
Возраст * Патология * ДПГ	0,270	0,145
СД * ДПГ	0,270	0,145
Возраст * СД * ДПГ	0,270	0,145
Патология * СД * ДПГ	0,270	0,145
Возраст * Патология * СД * ДПГ	0,270	0,145
Возраст * сумма факторов риска	0,270	0,560
Патология * сумма факторов риска	0,270	0,560
Возраст * Патология * сумма факторов риска	0,270	0,560
СД * сумма факторов риска	0,270	0,272
Возраст * СД * сумма факторов риска	0,270	0,272
Патология * СД * сумма факторов риска	0,270	0,272
Возраст * Патология * СД * сумма факторов риска	0,270	0,272
ДПГ * сумма факторов риска	0,270	0,272
Возраст * ДПГ * сумма факторов риска	0,270	0,272
Патология * ДПГ * сумма факторов риска	0,270	0,272
Возраст * Патология * ДПГ * сумма факторов риска	0,270	0,272
СД * ДПГ * сумма факторов риска	0,270	0,272
Возраст * СД * ДПГ * сумма факторов риска	0,270	0,272
Патология * СД * ДПГ * сумма факторов риска	0,270	0,272
Возраст * Патология * СД * ДПГ * сумма факторов риска	0,270	0,272

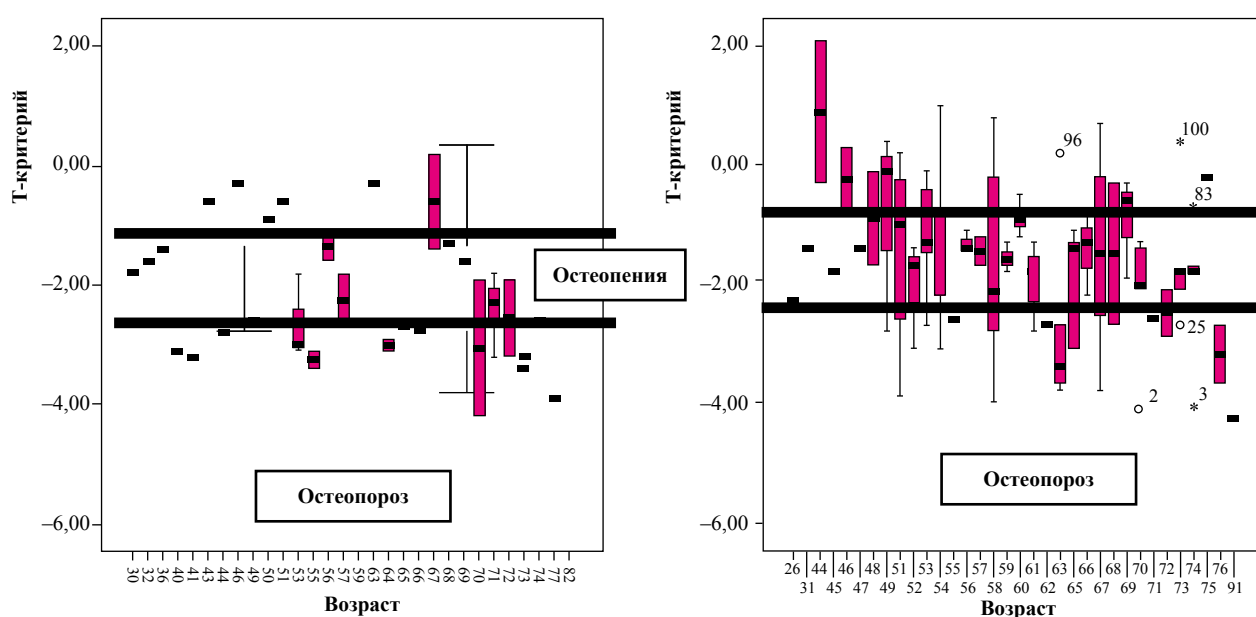


Рис. 3.
Распределение пациентов по значению Т-критерия в зависимости от возраста

Мы оценивали наличие факторов риска ОП (международный минутный тест на ОП), клинические маркеры, дефицит половых гормонов. Методом определения плотности костной ткани явилась двухэнергетическая рентгеновская двух абсорбциометрия на аппарате DTX 200. Исследование проводилось в дистальном отделе предплечья: определяли показатели МПК, в ультрадистальном, дистальном отделах и средней трети диафизов костей предплечья — вычислялось среднее значение.

Статистическая обработка результатов осуществлялась в программе SPSS 12, Statistica 6.0. Использовались следующие статистические методики: одномерный дисперсионный анализ (общий многофакторный, достоверная значимость фактора при $p < 0,05$), односторонний ANOVA, вычисление средней и ошибки. После многофакторного анализа проводилось построение ящичковых диаграмм и гистограмм.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Низкую МПК имели 72,9% пациента. Анализ результатов денситометрии (см. рис. 1) показал, что у мужчин с соматической патологией остеопороз диагностируется чаще, чем у женщин ($t=0,362$), при этом нет достоверной разницы в распространенности снижения минеральной плотности костной ткани у мужчин и женщин (86,1% и 72,4% соответственно).

Анализ распространенности факторов риска у мужчин и женщин с соматической патологией (табл. 2) продемонстрировал, что у мужчин наиболее часто встречаются такие факторы риска, как никотиновая зависимость, дефицит тестостерона, снижение роста, а у женщин — снижение роста, менопауза и малотравматичные переломы у кровных родственников. При этом у мужчин для развития ОП наиболее значимый фактор риска — это злоупотребление алкоголем, а у женщин снижение роста более чем на 3 см.

Анализ других факторов риска, а также их сочетаний не выявил их значимых комбинаций для высокой вероятности развития ОП, хотя наличие даже одного из перечисленных факторов риска ОП является достоверно значимым фактором для его развития как у мужчин, так и у женщин (рис. 2).

Анализ значимости возраста (односторонний ANOVA) в развитии ОП (рис. 3) не выявил значения возрастного фактора для развития остеопороза у женщин с соматической патологией ($p=0,375$), тогда как у мужчин скорее следует признать, что распространенность остеопороза повышается с увеличением возраста пациента ($p=0,056$).

Возникает вопрос: что же определяет развитие ОП у пациентов с соматической патологией — пол, наличие соматической патологии, сахарного диабета (СД), дефицит половых гормонов (ДПГ) или наличие факторов риска?

Как видно из табл. 3, наиболее значимыми для развития ОП являются наличие соматической патологии и/или хотя бы одного из факторов риска ОП. В данном анализе мы не наблюдали разницы в значимости приведенных обстоятельств в развитии ОП в зависимости от пола.

ВЫВОДЫ

1. Как у мужчин, так и у женщин с соматической патологией распространенность сниженной МПК достаточно высокая, по результатам денситометрии дистального отдела лучевой кости — в 74,5% и 74,3% случаев соответственно, при этом ОП диагностируется чаще у мужчин.

2. Наличие хотя бы одного из факторов риска ОП у пациентов с соматической патологией имеет определяющее значение для его развития. При этом у мужчин основное значение имеет факт злоупотребления алкоголем, тогда как у женщин нет определенных клинических и анамнестических данных, позволяющих с большой достоверностью предполагать ОП.

3. Распространенность ОП и остеопении не зависит от возраста у женщин с заболеваниями внутренних органов, тогда как у мужчин распространенность сниженной МПК увеличивается с возрастом.

4. Определяющее значение в развитии ОП у пациентов с соматической патологией имеет наличие самой патологии и/или факторов риска ОП, вне зависимости от пола пациента.

SUMMARY

The presence of risk factors for osteoporosis has been found in 87,1% of investigated patients with somatic diseases. Osteoporosis was diagnosed more frequently in males with somatic diseases, than in females with somatic diseases. Moreover, males had lower BMD versus females. The prevalence of osteoporosis depended on age for men, but did not for women. The presence of somatic disease and/or the risk factors for osteoporosis are the most important factors in the development of osteoporosis without any dependence on sex.

Keywords: Osteoporosis, somatic pathology, risk factors of osteoporosis, men, age

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Report expert World Bank, 2004. <http://www-wds.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64187835>
2. Consensus development conference. Am J Med 1991; 90: 170–210.
3. Compston J.E., Papapoulos S.E., Blanchard F. Report on osteoporosis in the European Community: Current status and recommendations for the future // Osteoporosis Int., 1998; 8: 531–534.
4. Genant H.K., Cooper C., Poor G., et al. Interim report and recommendation of the World Health Organization task force for osteoporosis // Osteoporosis Int., 1999; 10: 259–265.
5. Насонов Е.Л. Остеопороз: стандарты диагностики и лечения. Consilium medicum. 2001. Т. 3. №9. С. 6–8.