

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ

Е.А.Беляева, А.А.Хадарцев

Городской ревматологический центр, г.Тула, Российская Федерация

Проведено исследование коморбидности у пациентов с осложненным остеопорозом. Выявлены клинические ассоциации остеопороза с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, остеоартритом и бронхиальной астмой (БА). Коморбидные заболевания утяжеляют течение остеопоротических переломов и удлиняют восстановительный период.

Ключевые слова: остеопороз, коморбидная патология, ограничение двигательной активности

Введение. Коморбидная патология может способствовать прогрессированию остеопороза (ОП) и внести вклад в снижение качества жизни, а также затруднять процессы восстановительного лечения в связи с ограничением толерантности к физическим нагрузкам, снижением общей физической активности и снижением общих адаптационных возможностей организма.

Материалы и методы. Изучение коморбидной патологии проведено на выборке из 986 пациенток с первичным остеопорозом (ОП), имеющих один или несколько переломов.

Проведен анализ медицинской документации (историй болезни и амбулаторных карт) пациентов амбулаторного приема кабинета ревматолога Центра профилактики остеопороза (ОП) и амбулаторных и стационарных больных городского ревматологического центра г. Тулы.

Результаты. Распределение частоты коморбидной патологии в выборке из 986 пациентов в процентном соотношении от общего количества представлено на рис. 1. Нередко наблюдается сочетание нескольких сопутствующих заболеваний.

На первом месте 72,5% (715) по частоте у пациентов с ОП встречается сопутствующая сердечно-сосудистая патология, ее нозологическое распределение следующее (рис. 2): АГ 41% (293), ИБС 26% (186), сочетание АГ и ИБС 27% (193), другие заболевания (приобретенные пороки, ми-

окардиты, нарушения ритма и проводимости) – 6% (43).

Распределение нозологических форм по возрастным группам представлено в табл.1.

Наибольшее число случаев ИБС приходится на возрастную группу старше 70 лет, когда и следует ожидать клинической манифестации атеросклероза, сочетание АГ и ИБС также наиболее распространено в данной группе. К числу других заболеваний были отнесены приобретенные и врожденные пороки сердца, миокардиты, инфекционный эндокардит, миокардиопатии.

Распределение нозологических форм по возрастным группам в процентном соотношении продемонстрировано на рис. 3.

Артериальная гипертензия и ИБС присутствуют во всех возрастных группах больных с осложненным ОП, имеется тенденция к нарастанию ИБС с возрастом, максимальная распространенность АГ приходится на возраст 61-70 лет.

При этом из числа пациентов с сердечно-сосудистой патологией количество больных с ХСН составляет 83% (594) (табл. 2).

На втором месте ОА с преимущественным поражением суставов нижних конечностей – 68% (670) (рис .4).

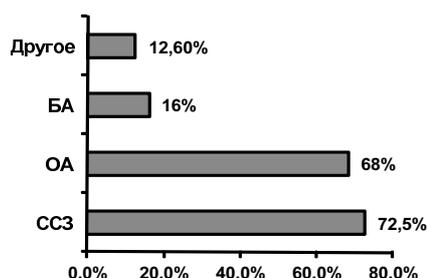


Рис. 1. Коморбидная патология у пациентов с осложненным ОП

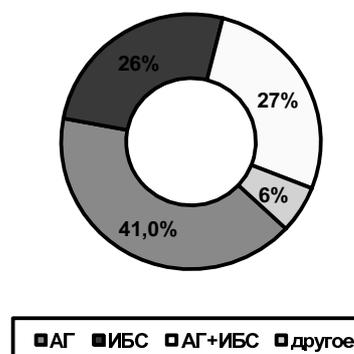


Рис. 2. Распределение коморбидных сердечно-сосудистых заболеваний по нозологиям

Таблица 1

Распределение нозологических форм по возрастным группам

Возрастная группа	АГ, n=293	ИБС, n=186	АГ+ИБС, n=193	Другое n=43
50-60 лет	61	6	8	20
61-70 лет	130	56	48	16
Более 70 лет	102	124	137	7

Таблица 2

ХСН у больных с осложненным ОП

Стадия ХСН	Abs, %
I	183 (30,8)
II А и Б	399 (67,1)
III	12 (2,1)

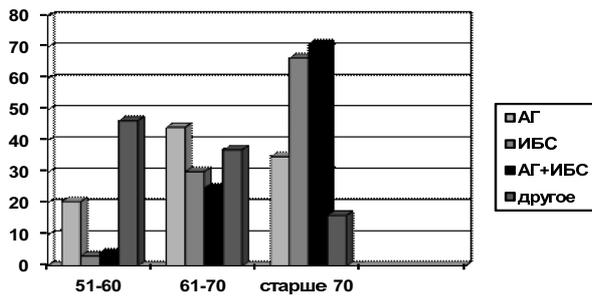


Рис. 3. Распределение коморбидной сердечно-сосудистой патологии по возрастным группам

Поражение суставов нижних конечностей приводит к утрате устойчивости при ходьбе. Дегенеративные изменения связочного аппарата и мышц способствуют потере равновесия и повышают предрасположенность к падениям, являющимися независимым фактором риска остеопоротических переломов.

При этом 73% (489) больных с сочетанием ОА и ОП относятся к возрастной группе старше 70 лет (табл.3).

Несмотря на дискуссионность вопроса о сочетаемости ОА и ОП в ряде последних исследований показана возможность сочетания этих двух нозологических форм. По нашим данным пик заболеваемости ОА при постменопаузальном ОП приходится на возрастные группы 61-70 и в большей степени старше 70 лет, что связано с про-

грессированием дегенеративных процессов в хряще.

Третьей по частоте нозологией является БА (и/или ХОБЛ) – 16%. На другие нозологические формы в комплексе приходится 12,6%. Сочетания основных коморбидных заболеваний распределились следующим образом: АГ+ОА – 53,6%, ИБС+АГ+ОА – 21,3%, ИБС+БА – 2,8%, ОА+БА – 6,1%, ОА+ИБС – 18,9%.

Выводы. Для пациентов с осложненным ОП характерна полиморбидность. Наиболее часто встречаются ОА и заболевания и сердечно-сосудистой системы, осложненные ХСН. Индекс коморбидности 2,6.

Таким образом, при первичном ОП наибольшее влияние на важнейший модифицируемый фактор риска – снижение двигательной активности – оказывают заболевания ССС и дегенеративные поражения суставов тазового пояса.

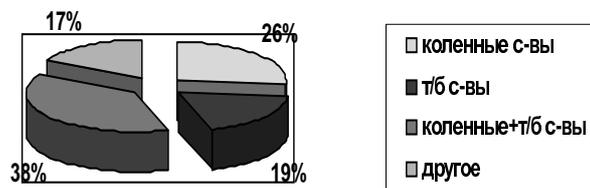


Рис.4. Распределение поражения суставов при осложненном ОП

Таблица 3

Распределение пациентов с коморбидным ОА по возрастным группам

Возрастная группа	ОА (Abs, %), N=670
50-60 лет	58 (8,6)
61-70 лет	123 (18,4)
Старше 70 лет	489 (73)

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляева Е.А. Восстановительная терапия осложненного постменопаузального остеопороза (Хадарцев А.А.). Монография. Тула. «Гриф», 2010, – 248с.
2. Беляева Е.А. Теоретические аспекты восстановительного лечения остеопороза при коморбидной патологии (А.А.Хадарцев) // Вестник новых медицинских технологий. 2010, №3, С.96-99э.
3. Беляева Е.А. Системный подход к медицинской реабилитации пациентов с остеопорозом (А.А.Хадарцев) // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2010, №1, том 9, С. 13–17.
4. Беляева Е.А. Актуальные вопросы восстановительной терапии при дегенеративных заболеваниях скелета и коморбидной патологии // Вестник новых медицинских технологий. 2011, №1, С. 28-32.

COMORBID PATHOLOGY IN COMPLICATED POSTMENOPAUSAL OSTEOPOROSIS

Belyayeva Ye.A., Khadartsev A.A.

City Rheumatologic Centre, Tula, Russian Federation

A study of comorbidity in patients with complicated osteoporosis was carried out. Clinical associations of osteoporosis with arterial hypertension, ischemic heart disease, osteoarthritis and asthma were revealed. Comorbid diseases aggravate the course of osteoporotic fractures and lengthen the recovery period.

Keywords: osteoporosis, comorbid pathology, limitation of physical activity.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Н.М.Богдан

Одесский национальный медицинский университет, г.Одесса, Украина

Более 10% населения планеты страдает деформирующим остеоартрозом. На развитие ДОА влияет метаболический синдром (МС), что приводит к перегрузке функционирования коленных суставов, и является одной из основных причин преждевременной потери трудоспособности и инвалидизации населения. Лечебная физкультура в комплексном лечении ДОА и МС является важным функциональным методом восстановительного лечения данной патологии.

Ключевые слова: деформирующий остеоартроз, коленные суставы, метаболический синдром, лечебная физкультура

Деформирующий остеоартроз (ДОА) – наиболее распространенная форма суставной патологии: 10-12% населения страдают этим заболеванием. В Украине ДОА составляет 497,1, а распространенность – 2200,6 на 100 тыс. населения. Рентгенологические обследования, а также аутопсия показали, что начиная с 30-летнего возраста увеличивается количество дистрофических нарушений в суставах [3, с.113; 4, с.54; 5, с.360]. Наиболее высокая частота ДОА характерна для коленного, тазобедренного, локтевого суставов и суставов кистей. В среднем 10-15% лиц старше 60 лет болеют остеоартрозом, а учитывая существенное старение населения планеты, он становится все более актуальным заболеванием [1, с.63.; 5, с.360]. На

развитие остеоартроза влияет и метаболический синдром (МС). Метаболический синдром – это патологическое состояние, для которого характерно развитие абдоминального ожирения, дислипидемии, артериальной гипертензии и нарушения углеводного обмена (феномен инсулинорезистентности) [7, с.36; 8, с.88]. Избыточная масса тела, как одно из проявлений МС, является важным фактором риска остеоартроза, преимущественно коленных суставов, благодаря наличию не только чрезмерного механической нагрузки на суставы, но и ограничением физической активности, что приводит к слабости сухожильно-мышечного аппарата и нарушение конгруэнтности суставных поверхностей [7, с.36; 8, с.88]. Данные многочисленных эпиде-