

УДК 616.71-007.234-084

ПРОФИЛАКТИКА ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА¹Ж.Е. Акылжанова, ¹Т.М. Дернова, ¹Э.З. Гасанова, ²Г.У. Кайдарова**Павлодарский филиал Государственного медицинского Университета г. Семей¹
КГКП "Павлодарская областная больница им. Г.Султанова", г. Павлодар²****Резюме**

В обзоре представлены данные литературы о распространенности и социально-экономической значимости остеопороза среди населения.

Придается особое значение профилактике остеопороза в молодом возрасте. Особое значение уделяется коррекции модифицируемых факторов риска остеопороза.

Тұжырым**СҮЙЕК ҚАБЫҚТАРЫНЫҢ ҚАБЫНУ БЕЛГІСІНІҢ АЛДЫН АЛУ**

Шолуда ел арасындағы остеопороздың әлеуметтік –экономикалық маңыздылығы және таратылушылығы туралы әдебиет мәліметтері көрсетілген. Жас жеткеншегінде остеопороздың алдын алуына ерекше мән беріледі. Остеопороздың реттелетін қауіп қатер шарттарына ерекше мән беріледі.

Summary**PREVENTION OSTEOPENIC SYNDROME**

The review presents the literature about the prevalence and socio-economic importance of osteoporosis in the population. There is emphasizing prevention of osteoporosis at the young age. Particular attention is paid to the correction of modifiable risk factors for osteoporosis

На сегодняшний день проблема нарушений минеральной плотности костной ткани является одной из наиболее распространенных патологий и обладает высокой медико-социальной значимостью. В основе жизнедеятельности костной системы лежат два взаимосвязанных процесса: с одной стороны, созидание, образование новой кости, с другой – разрушение, резорбция старой кости. Эти процессы в костной системе осуществляются с различной скоростью на протяжении всей жизни. Заболевание встречается во всех возрастных группах, диагностируется как у каждой второй женщины, так и у каждого третьего мужчины. Согласно данным исследований состояния минеральной плотности костной ткани в возрастной группе 50-59 лет выявило остеопению у 33,33% (у мужчин - 27,27% и у женщин 37,50%), и наличие остеопороза среди женщин у 12,5% и среди мужчин у 9,09%.

Следует отметить, что общественно-экономические потери остеопороза определяется в основном затратами на лечение больных с его клиническими последствиями – переломами, реабилитацию и, в случае ее невозможности – обслуживание инвалидизированных лиц. Социально-экономическая сущность остеопороза определяется также тем, что никакие материальные затраты на проведение программы по профилактике ОП (остеопороз) не идут в сравнение с тем количеством средств, которые в настоящее время расходуются на финансирование проблем, связанных с переломами шейки бедра.

Увеличение продолжительности жизни и числа пожилых людей, особенно женщин, в развитых странах в последнее десятилетие, ведет к нарастанию частоты ОП, делает его одной из важнейших проблем здравоохранения во всем мире.

Профилактике ОП придается в настоящее время особое значение: согласно официальному заключению Европейского общества по остеопорозу (EFFO) она должна быть основным приоритетом в развитии здравоохранения, и ВОЗ видит необходимость в разработке глобальной стратегии контроля заболеваемости ОП, выделяя в качестве основных три направления: профилактику, лечение, обследование.

Профилактика ОП позвоночника в сравнительно молодом возрасте позволяет решить очень важную медицинскую и социальную проблему предупреждение остеопоротических переломов и снижение травматизма позвоночника. Это полностью соответствует идеологии реструктуризации здравоохранения Республики Казахстан, направленной на усиление догоспитального звена оказания медицинской помощи.

Просветительская работа должна проводиться среди всех групп лиц. Целью широкой программы обучения должно быть пополнение знаний о физиологии кости и остеопорозе, повышение беспокойства по поводу факторов риска развития остеопороза и получение сведений о возможностях первичной и вторичной профилактики этого заболевания, а также лечения манифестированного остеопороза. Использование наглядных методов обучения и применение индивидуальных последовательных занятий может способствовать заинтересованности больного в проведении дальнейшего лечения.

Образовательные программы по остеопорозу стимулируют пациентов к проведению профилактических и лечебных мероприятий и повышают приверженность к лечению.

Факторы образа жизни, потребление кальция, витамина Д и белка, курение, алкоголь, размеры тела и физическая активность оказывают влияние на величину костной массы, скорость потери костной ткани и частоту переломов у взрослых.

Факторы образа жизни представляют интерес, так как могут быть изменены.

Один из ключевых компонентов профилактики ОП основывается на изучении модифицируемых факторов риска.

Своевременное выявление модифицируемых факторов риска по патологическому снижению минеральной плотности кости среди женщин репродуктивного периода: нарушение менструальной и репродуктивной функции, экстрагенитальная, нейроэндокринная патология, алиментарный дефицит кальция и витамина Д позволяет провести своевременную коррекцию активности резорбтивных процессов костной ткани, увеличить ее минеральную плотность.

Рекомендация приема препаратов кальция только по клиническому критерию сниженной эстрогенной насыщенности позволит хотя бы начать разрешать проблему первичной профилактики остеопороза у молодых женщин.

Многие другие исследования экономических аспектов профилактики остеопороза показывают, что некоторые фармацевтические вмешательства эффективны в сопоставлении с затратами. Также большинство исследований вторичной профилактики посредством фармацевтических вмешательств показали, что эти вмешательства эффективны с точки зрения соотношения затрат и результатов, особенно ЗГТ и прием бифосфонатов.

Литература:

1. Руководство по остеопорозу / Официальная публикация Российской ассоциации по остеопорозу; под ред. Л.И. Беневоленской. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003. – 524 с.

2. Лесняк О.М. Социальные и экономические последствия непредотвращенного остеопороза и возможные пути организации его профилактики// Тезисы докл. Третий Российский симпозиум по остеопорозу. – Санкт-Петербург, 2000. – С.75–77.

3. Турекулова А.А. Медико-социальные аспекты остеопороза у городского населения: автореф. ... докт. мед. наук. – Алматы, 2008. – 42 с.

4. Ботабаева А.С. Распространенность и характеристика остеопороза среди взрослого населения г. Семей: автореф. ... канд. мед. наук. – Семей, 2009. – 22 с.

УДК 616.718.55/65-001.5-08

СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ И ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИАФИЗА КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

С.В. Сурков, Г.К. Абдикова, А.С. Мусабеков, А.В. Писмарева, К.М. Габдулгазизов

Государственный медицинский университет, г. Семей,
Экибастузская городская больница, г. Экибастуз, Павлодарская область

Тұжырым

СИРАҚ СҮЙЕКТЕРІНІҢ ДИАФИЗ СЫНЫҚТАРЫН ЕМДЕУДІҢ НӘТИЖЕЛЕРІ ЖӘНЕ ӘЛЕУМЕТТІК МАҢЫЗЫ

Зерттеудің мақсаты сирақ сүйектерінің диафиз сынықтарын емдеудің нәтижелерін және эпидемиологиясын тексеру болып табылады. Олардың жиілігі бір жылда 100000 халыққа шаққанда 32,5 жағдай. Сирақ сүйектерінің диафиз сынықтарының пайда болуының негізгі себебі қыс кезінде тайғақта құлау болып табылады, ол кезде көбінесе үлкен жіліктің төменгі бөлігінің винт тәрізді сынығы болады (51,8% науқастар). Емдеу нәтижелерін зерттеу көрсеткендей, сүйек ішілік құлыптама остеосинтез өте жақсы және жақсы нәтижелерді 100% жағдайда қамтамасыз етті, консервативтік ем 74,4%, сүйек арқылы остеосинтез 76,4% (ашық сынықтарды қосқанда, бұл кезде ол емдеудің жалғыз әдісі болып табылады).

Summary

SOCIAL SIGNIFICANCE AND OUTCOMES OF TREATMENT OF TIBIAL SHAFT FRACTURES

The aim of study was to investigate the epidemiology and results of treatment of tibial shaft fractures. Their rate was 32,5 cases on 100000 of people per year. The most important cause of tibial shaft fractures was fall on ice covered ground at the cold seasons with result in spiral fracture of the distal third of tibia (51,8% of patients). Investigation of outcomes of treatment has shown that interlocking nailing provided excellent and good results in 100% of cases, conservative treatment in 74,4% and external fixation in 56,4% including compound fractures where it was the only method of choice.

Введение. Переломы диафиза костей голени (ПДКГ) являются одним из наиболее частых поврежденный скелета и приводят при лечении к целому ряду осложнений. Замедленная консолидация и ложный сустав отмечаются в 26-66% случаев, неправильное сращение – в 4-25% в зависимости от метода лечения (1). Инвалидность констатируется у 15,6-30,5% больных (2). Ввиду этого исследование их эпидемиологии и результатов лечения имеют большое практическое значение, и является актуальной проблемой современной травматологии.

Материал и методы исследования. Нами было проведено ретроспективное исследование частоты и результатов лечения ПДКГ по данным г. Семей. С этой целью были проанализированы истории болезней больных с ПДКГ за 2004-2007г.г и изучены отдаленные исходы их лечения в травматологическом отделении БСМП г. Семей согласно критериев Johner R., Wruhs O. (3). Помимо этого изучена субъективная оценка результата лечения самими пациентами с помощью RAND SHORT FORM 36.

Результаты и обсуждение. Уровень ПДКГ на 100 тыс. населения в г. Семей за 2004-2007 гг. составил в

среднем 32,5 случая на 100 тыс. населения (31-34). Они составляют в среднем 53,9% от всех переломов голени, что соответствует данным эпидемиологического исследования в г. Убераба (Бразилия) (4). Причем 62,4% из них приходится на н/3, 25,1% на с/3 и 12,5% - на в/3. В основном в г. Семей превалирует закрытые переломы, которые в среднем отмечены у 80,8% больных. Наибольшая частота открытых переломов приходится на 2004 год, что согласуется с высокой частотой ДТП в этом году и преобладанием бамперных переломов в с/3 голени. Во все 4 года превалируют оскольчатые переломы (в среднем 52,6%) и винтообразные - 33,3%. Причем, учитывая основную причину ПДКГ – падение на улице со скручивающим механизмом, большая часть оскольчатых переломов была типа В1, т.е. основная линия винтообразная с дополнительным отколом. Относительно низкое процентное соотношение поперечных и косых переломов в нашем регионе так же объясняется тем, что основным механизмом травмы, как правило, было падение в условиях гололеда, а не ДТП как в некоторых других исследованиях в регионах с мягким климатом (4). Изолированные ПДКГ за 2004-2007 гг. в среднем составили 84%, а политравмы 16% соответ-