

Таблица 2. - Динамика показателей суставного синдрома на фоне лечения алфлутопом

Показатель	До лечения			На фоне лечения НПВП			На фоне лечения алфлутопом		
	3	7	5	6	3	-	1	-	-
Боль при движении	3	7	5	6	3	-	1	-	-
Боль в покое	1	9	5	5	-	-	-	-	-
Нарушение функции	2	8	5	2	4	-	1	2	

После отмены НПВП боль и уменьшение функциональных возможностей больного быстро нарастали. По лабораторным данным, снижение СОЭ отмечено к середине курса лечения у 80. Не было зарегистрировано отклонений от нормы показателей крови /гемоглобина, лейкоцитов, тромбоцитов/, уровней сахара, билирубина, креатинина и трансаминаз, что свидетельствует о хорошей переносимости и безопасности алфлутопа. У двоих больных алфлутоп вызвал усиление болей в суставах, возникшее в начале лечения, в последствии проходившее, не потребовавшее отмены препарата. Достоверных рентгенологических признаков прогрессирования поражения суставов после лечения алфлутопом отмечено не было. В то время как в контрольной группе за период наблюдения у троих больных наблюдалось ухудшение рентгенологической картины.

Таким образом, Алфлутоп оказывал хорошее обезболивающее и противовоспалительное действие у больных остеоартрозом, уменьшал его клинические проявления, способствовал улучшению подвижности суставов.

Выводы:

1. Основным критерием эффективности медленнодействующего препарата – АЛФЛУТОПА - является уменьшение боли и потребности в применении НПВП, а также улучшение функциональных способностей больного, повышая качество жизни больных.

2. По клиническим и лабораторным данным Алфлутоп не вызвал побочных эффектов ни у одного из

больных, что свидетельствует о безопасности применения и хорошей переносимости препарата при остеоартрозе.

3. Возникавшее у некоторых больных усиление боли в суставах в начале лечения Алфлутопом объясняется интенсификацией тканевого кровообращения.

4. Хондропротективное и противовоспалительное действие Алфлутопа сохраняется в течение 4-6 месяцев, при проведении повторного курса эффективность лечения возрастает.

Все вышеуказанное позволяет сказать, что Алфлутоп заслуживает дальнейшего изучения и более широкого применения в ревматологической, неврологической, терапевтической, травматологической практике.

Литература:

1. Дроздов В.Н., Коломиец Е.В. Применение алфлутопа у больных остеоартрозом с НПВС-гастропатией // Фарматека. 2005. № 20. С. 125-128.

2. Зборовский А.Б., Мозговая Е.Э. Алфлутоп: опыт многолетнего клинического применения. // Фарматека. 2006. № 19. С. 1-5

3. Иванова Р.Л. Избранные разделы внутренних болезней. Семипалатинск, 2006. С. 50-52.

4. Чичасова Н.В. Место медленнодействующих препаратов в рациональной терапии деформирующего остеоартроза // Consilium medicum, 2005. Т.7. № 8. С. 634-638.

УДК 614.2:616.24.

ОСТЕОПОРОЗ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

А. К. Мусаханова, Н. С. Альменова, К. У. Рахимова, А. А. Имангалиева
Государственный медицинский университет г. Семей,
КГКП Поликлиника №3, г. Семей

Жанұялық дәрігердің тәжірибесіндегі остеопороз

Остеопороз мектебінің ұйымы тұрғындардың мәліметтілігін жоғарылатады және остеопороздың профилактикасы және емдеуінің ажырамас бөлігі болып табылады. Остеопороз мектебінің тәжірибесі корсеткендей, науқастардың ауру туралы хабарлы болуы, науқастардың өз денсаулығына белсене және жауапты қатынасын, өзін-өзі бақылау дағдыларын қалыптастырады.

Osteoporosis in the practice of family doctors

Organization of School of osteoporosis increases public awareness and is an integral part of prevention and treatment of osteoporosis. Experience School of osteoporosis suggests that awareness of patients about the disease generates an active and responsible attitude of patients to their health, improves patients' adherence to treatment, forms and skills of self-control.

Актуальность. Несмотря на высокую степень внимания современной медицинской науки к остеопорозу и появлению огромного количества клинических и методических рекомендаций, в ежегодном отчете Международного фонда остеопороза озаглавлена главная проблема остеопороза - отсутствие своевременной диагностики. Учитывая высокую распространенность данного заболевания, в настоящее время говорят о "молчащей эпидемии" остеопороза. Главная причина несвоевременной диагностики - ограниченные возможности кости в выражении патологических состояний. Наиболее

частой реакцией скелета является уменьшение костной массы, что до времени развития перелома может протекать без выраженных клинических сигналов [1].

Остеопороз (ОП) относится к дегенеративно-метаболическим заболеваниям скелета, являясь прогрессирующим системным заболеванием, характеризующимся снижением массы кости и нарушением микроархитектоники костной ткани, приводящими к увеличению хрупкости кости и риску переломов [2]. По данным ВОЗ остеопороз занимает 4-е место в структуре смертности от неинфекционных заболеваний (после заболе-

ваний сердечно-сосудистой системы, онкологической патологии и сахарного диабета) [3]. По прогнозам экспертов, к 2050 г. в мире частота переломов шейки бедра, связанных с остеопорозом, возрастет с 1,7 млн случаев в год до 6,3. Последствия ОП в виде переломов позвоночника и трубчатых костей (бедра, костей предплечья) обуславливают значительный подъем заболеваемости, смертности, инвалидности (NIH Consensus). Как правило, диагноз остеопороза появляется у пациента уже после случившегося первого перелома, т.е. уже тогда, когда риск повторных переломов в течение ближайшего года увеличивается в 5 раз. Как было указано выше, экономические затраты на лечение перелома и ОП после перелома чрезвычайно высоки, а значимость терапевтического эффекта антирезорбтивной терапии приближается к значимости риска повторных переломов, то бесспорно, что задача врача и наибольшая обоснованность лечебных мероприятий возникают задолго до возникновения переломов. Большие зарубежные эпидемиологические исследования указывают, что у каждой второй женщины после 50 лет и каждого пятого мужчины выявляется остеопенический синдром, о котором они не знают. Только адекватная медицинская помощь на отрезке времени от возникновения остеопенического синдрома до перелома может играть ведущую роль в снижении распространенности и смертности от данного заболевания.

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.

Высокая распространенность заболевания, высокий уровень летальности, а также сложности ранней диагностики диктуют необходимость разработки и внедрения более универсальных программ раннего выявления и профилактики остеопороза.

Многофакторный анализ значимости различных причин развития остеопороза показал, что наиболее значимо для развития остеопороза и остеопении наличие соматической патологии, в том числе в сочетании с факторами риска и/или дефицитом половых гормонов, т.е. 64,2% пациентов терапевтического профиля имеют ненормально низкую минеральную плотность костной ткани (МПКТ) и нуждаются в профилактике или лечении остеопороза [4].

Необходимо иметь в виду, что у лиц с нормальной минеральной плотностью кости в молодом и среднем возрасте (пиковая костная масса) ее снижение в пожилом возрасте может никогда не достигнуть такой выраженности, чтобы это привело к существенному риску остеопоротических переломов. Напротив, у лиц с низкой минеральной плотностью кости остеопоротические переломы могут развиваться даже несмотря на относительно небольшое снижение этого показателя с возрастом [5].

Результаты многочисленных исследований убедительно доказали, что костная масса является главной детерминантой механических свойств костной ткани и определяет 75-80% ее крепости. Риск переломов прямо связан с абсолютными значениями МПКТ позвоночника и шейки бедра. Риск перелома увеличивается с возрастом, который главным образом связан у пожилых людей с низкой МПКТ. Риск перелома бедра возрастает в 2-3

раза при каждом снижении МПКТ шейки бедра на одно стандартное отклонение в соответствии с критериями ВОЗ [6].

Как врач общей практики выявлять пациентов с остеопорозом или риском его развития?

Как уже подчеркивалось выше, при остеопорозе нет характерной клинической картины, кроме уже развившихся переломов, что является лишь "верхушкой айсберга". При этом выполнение костной денситометрии, являющейся по сути единственным надежным диагностическим методом исследования плотности костной ткани и соответственно диагностики остеопороза, экономически не оправдано для всего населения. Назначение фармакологической коррекции низкой МПКТ также требует определенного скрининга пациентов. Поэтому знание и учет факторов риска при диагностике и профилактике остеопороза приобретают особое значение.

Выявление факторов риска ОП по своей прогностической значимости равна измерению АД для прогнозирования коронарных и церебральных катастроф, учитывая высокую распространенность и высокий уровень летальности при остеопоротических переломах, выявление факторов риска ОП должно стать таким же рутинным методом, как и измерение артериального давления.

Материалы и методы исследования. Школа остеопороза была создана при Поликлинике смешанного типа №3 города Семей, в которой прошло обучение прикрепленное население с группой риска по остеопорозу.

Результаты исследования.

Программа школы остеопороза поставила цель снизить риск развития остеопороза среди прикрепленного населения и предотвратить развитие осложнений, в частности переломов у лиц, страдающих остеопорозом. Задачи школы остеопороза:

1. Проведение ежедневных бесед с населением (во время амбулаторного приема) об остеопорозе и профилактики данной патологии;
2. Ежемесячное проведение занятий по остеопорозу для населения на базе школы остеопороза с использованием мультимедийной аппаратуры;
3. Предоставлять для населения новейшую информацию об остеопорозе, методах его выявления и профилактики;
4. Выявление и лечение больных остеопорозом;
5. Проведение профилактики среди лиц, входящих в группу риска по развитию остеопороза.

План занятий на 2011 год

Занятие №1: Остеопороз. Определение, распространенность, причины развития.

Занятие №2: Роль кальция в жизни человека.

Занятие №3: Обмен кальция и витамина Д3.

Занятие №4: Клинические проявления остеопороза.

Занятие №5: Проблема дефицита кальция у детей и подростков.

Занятие №6: Дефицит кальция во время беременности.

Занятие №7: Показания для назначения препаратов кальция во время беременности и лактации.

Занятие №8: Дефицит кальция при заболевании почек.

Занятие №9: Остеопороз при сахарном диабете.

Занятие №10: Профилактика остеопороза.

Занятие №11: Как принимать препараты кальция.

Занятие №12: Подведение итогов. Ответы на часто задаваемые вопросы.

Выводы. Организация школы остеопороза повышает осведомленность населения и является неотъемлемой частью профилактики и лечения остеопороза. Опыт школы остеопороза позволяет сделать вывод, что повышение информированности пациентов о заболевании формирует активное и ответственное отношение пациентов к своему здоровью, повышает приверженность пациентов к лечению, формирует умения и навыки самоконтроля.

Литература:

1. Верткин А.Л., Наумов А.В., Моргунов Л.Ю., Горюлева Е.И., Журавлева О.С. Остеопороз в практике семейного врача: что мы умеем? // Справочник поликлинического врача. – 2006. - Том 04, № 3;
2. (Osteoporosis in the European Community)

3. Беневоленской Л.И., Лесняк О.М. Клинические рекомендации Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение. Под редакцией Л.И. Беневоленской, О.М. Лесняк. – М.: ГЕОТАР-Медиа. – 2005. – 176 стр.

4. Турекулова А.А., Тажиев Е.Б., Абдуразаков У.А. Определение значимости некоторых факторов риска остеопороза. – С.25-26

5. Geusens P.P., de Nijs RNJ, Lems WF, Laan RFJM, Struijs A, Van Staa TP, et al. Prevention of glucocorticoid osteoporosis: a consensus document of the Dutch Society of Rheumatology. Ann Rheum Dis. 2004;63:264–265

6. Лесняк О.М., Беневоленская Л.И. (ред.) Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение/ М. ГЕОТАР-Медиа. 2-е изд., перераб. и доп. - 2010 г.

УДК 616.8 02(035)

ЧАСТНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ В ПСИХИАТРИИ (ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ)

А. А. Шарапатова

КГКП «Городской центр психического здоровья», г. Семей

В работе представлено уточнение концептуальных положений современной психосоматической медицины и решение частных задач клинко-психопатологического анализа; разработка междисциплинарного подхода к диагностике и терапии психосоматических расстройств; выработка общего клинко-диагностического «языка» с интернистами; организация эффективной системы психиатрической помощи в общей медицинской практике (разработка показаний к консультированию, участие в терапевтическом процессе).

Түйіні

Жұмыста қазіргі психосоматиялық дәрігерліктің концептуалды жағдайларының түзетуі және клинко - психопатологиялық талдаудың есептерінің бөлінділерінің шешімі елестеткен; диагностикаға пән аралық жол және психосоматиялық бұзылуларды терапияның өңдеуі; интернисттері бар тіл өндіру ортақ клинко-диагностикалық; (кеңесуге көрсетулерін өңдеу, терапиялық процесстегі қатысу) дәрігерлік тәжірибедегі психиатриялық көмектің тиімді жүйесінің ұйымы.

Summary

In work specification of conceptual positions of modern psychosomatic medicine and the decision of private problems of the kliniko-psychopathological analysis is presented; working out of the interdisciplinary approach to diagnostics and therapy of psychosomatic frustration; development of general kliniko-diagnostic "language" with interns; the organization of effective system of the psychiatric help in the general medical practice (working out of indications to consultation, participation in therapeutic process).

В настоящее время интерес к психосоматической проблеме особенно велик, поскольку со второй половины XX века резко возросла нагрузка на нервную систему человека, на его психику. Это связано с тем, что большинство людей проживает в крупных городах, получая громадное количество избыточной информации. Бурное развитие науки и техники, насыщенность межличностных отношений, увеличение темпа жизни требуют от человека повышенного эмоционального перенапряжения. Частые стрессовые ситуации могут стать причиной нарушений нервно – психического здоровья [1].

Наиболее перспективными научно – практическими направлениями в современной психосоматике представляются соответственно такие, как уточнение концептуальных положений современной психосоматической медицины и решение частных задач клинко-психопатологического анализа; разработка междисциплинарного подхода к диагностике и терапии психосоматических расстройств; выработка общего клинко-диагностического «языка» с интернистами; организация эффективной системы психиатрической помощи в общей медицинской практике (разработка показаний к

консультированию, участие в терапевтическом процессе).

Наиболее значимыми психическими расстройствами в общей медицинской практике как показал прицельный анализ, являются аффективные и личностные расстройства (соответственно 22 и 20%), различные психорганические синдромы – преимущественно церебральные, аффективные с легкими когнитивными расстройствами либо без таковых (около 19 %). У 14% больных выявляются тревожно – фобические, панические, панические с агорафобией расстройствами, в 7% случаев – соматоформные и конверсионные расстройства. У 10% пациентов актуальные психические расстройства могут однозначно трактоваться как расстройства адаптации, которые стоят ближе всего к психогенным, но имеют отчетливый соматогенный радикал [2]. Следует признать, что этиопатогенез этих «классических» расстройств, по-прежнему, остается недостаточным ясным.

Многие, если не все, психические болезни сопровождаются соматическими изменениями: как писал видный интернист Д.Д. Плетнев (1927), «нет соматических болезней без психических из них вытекающих от-