

Аманалиева Ж.К.

**БИШКЕК ШААРЫНЫН ТУРГУНДАРЫНЫН ПОПУЛЯЦИЯСЫНДАГЫ
СЕНИЛДИК ОСТЕОПОРОЗ ФОНУНДАГЫ САНДЫН ПРОКСИМАЛДЫК
БӨЛҮГҮНҮН СЫНЫКТАРЫНЫН НАТЫЙЖАЛАРЫ**

Аманалиева Ж.К.

**ИСХОДЫ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА
У БОЛЬНЫХ СЕНИЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ В ПОПУЛЯЦИИ ЖИТЕЛЕЙ
ГОРОДА БИШКЕК**

Zh.K. Amanaliyeva

**OUTCOMES OF FRACTURES OF THE PROXIMAL FEMUR IN PATIENTS WITH
SENILE OSTEOPOROSIS IN THE POPULATION OF BISHKEK RESIDENTS**

УДК: [616.71-007.234:316.4.063(575.2)](043.3)

Макала Бишкек шаарынын тургундарынын сенилдик остеопорозфонундагы сандын проксималдык бөлүгүнүн сыныктарынын натыйжаларын изилдөөгө багышталган. Сандын проксималдык бөлүгүнүн сыныктарынын медико-социалдык натыйжаларынын оордугу, анын ичинде көпчүлүк оорутуулардын өлүмү, адамдын функционалдык абалынын төмөндөшү, өмүрдүн сапаты жана дарылоого кеткен экономикалык чыгымдар белгиленди.

Негизги сөздөр: *сенилдик остеопороз, сандын проксималдык бөлүгүнүн сыныктары, медико-социалдык натыйжалары.*

Статья посвящена изучению исходов переломов проксимального отдела бедра (ППОБ) на фоне сенильного остеопороза у жителей г. Бишкек. Установлена тяжесть медико-социальных последствий ППОБ, обусловленной высокой степенью летальности больных, значительным ухудшением функционального состояния человека, снижением качества его жизни, а также большими экономическими затратами на оперативное лечение.

Ключевые слова: *сенильный остеопороз, перелом проксимального отдела бедра, медико-социальные последствия.*

Article examines the outcomes of fractures of the proximal femur on the background of senile osteoporosis in residents of Bishkek. Set the severity of health and social consequences of fractures of the proximal femur due to high mortality of patients, a significant deterioration of human functional state, a decrease in quality of life, as well as large economic costs of surgical treatment.

Key words: *senile osteoporosis, fracture of the proximal femur, medical and social consequences.*

Самое серьезное осложнение остеопороза - перелом проксимального отдела бедренной кости, характерным для которого являются большие показатели смертности, инвалидности и стоимости медицинских услуг. Эти переломы возникают от низкоэнергетической травмы, - в большинстве случаев, при падении из положения стоя, и в некоторых случаях может возникать спонтанно [3]. По данным исследований, проведенных в разных популяциях, смертность в течение 1-го года после этого перелома составляет от 12 до 40% [6]. Из оставшихся пациентов более 60% становятся инвалидами [1]. Исследованиями было установлено, что выжившие после этого перелома, страдают от функциональных ограниче-

ний и потери независимости [5]. ППОБ сопровождается снижением качества жизни, значительными экономическими затратами [7,4].

Частота перелома проксимального отдела бедра существенно возрастает с увеличением возраста. Соответственно растущим демографическим показателям населения старшей возрастной группы, к 2050 г. число переломов бедра, как ожидается, увеличится в три-четыре раза по сравнению с 1,7 млн, которые имели место в 1990 году [2].

Несмотря на гнетущие факты, до сих пор во многих государствах, в т.ч. и в Кыргызстане, остеопороз и его тяжелые последствия - остеопоротические переломы недооцениваются органами управления здравоохранением, недостаточны государственные ассигнования на данную патологию, не в соответствующей мере проводятся лечебно-профилактические мероприятия.

Цель работы: оценить медико-социальные последствия ППОБ на фоне сенильного остеопороза по истечении одного года после перенесенной травмы среди больных, проживающих в Бишкек.

Материалы и методы исследования. Исследованию были подвергнуты 100 пациентов в возрасте 70 лет и старше, перенесших перелом проксимального отдела бедра в 2010 году. Из них женщин было 82, мужчин - 18; оперированных было 65 человек. Изучение функционального состояния проводилось с использованием шкалы оценки двигательной активности у пожилых Tinetti Performance Oriented Mobility Assessment. Данная шкала состоит из 3-х разделов: "Общая устойчивость" (максимальное количество баллов - 24), "Походка" (0-16 баллов), "Степень нарушения общей двигательной активности" (0-40 баллов). Использована шкала функциональных категорий ходьбы, Functional Ambulation Classification Scale (0-5 категорий). Кроме этого были использованы элементы шкал физического и психического компонента здоровья опросника "The Short Form-36".

Проводился расчет экономических затрат на проведение лечебных мероприятий больным с ППОБ, сравнительный анализ стоимости эндопротезирования и остеосинтеза.

Результаты и обсуждения. Среди обследованных лиц с ППОБ летальность через один год после травмы составила 31,0%, женщины -24,0%, мужчины

-7,0%. В живых осталось 69,0% больных: 58,0% - женщины, 11,0%-мужчины (Рис.5.1.)

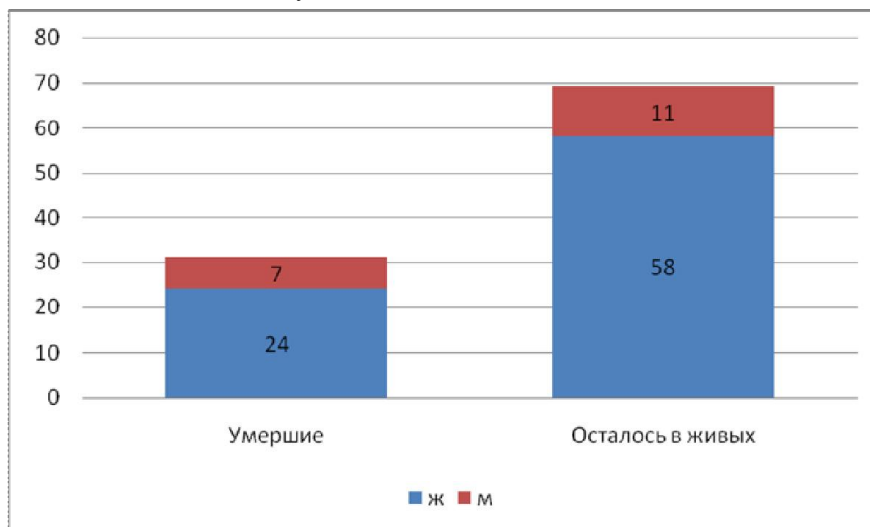


Рис. 5.1. Удельный вес умерших и оставшихся в живых больных в возрасте 70 лет и старше, перенесших ППОБ в 2010г.(%).

Анализ показал, что летальному исходу в большинстве случаев оказались подверженными больные, не получившие хирургического лечения. Среди умерших больных неоперированных было 24 человек (77,0%) и лишь 7 человек (23,0%) - из числа оперированных.

По истечении одного года из числа выживших больных лишь у 10,1% (женщин-2,9%, мужчин - 7,2%), полностью восстановилась функция конечностей и двигательная активность, при ходьбе они стали независимы от посторонней помощи (FAC, 5). У 89,9% больных имелись нарушения двигательной активности: умеренная степень нарушения общей устойчивости (12-17баллов), походки (11-13 баллов), но при ходьбе зависимость от постоянной или периодической помощи (FAC,1-3, уровни 2-1, присмотр) была у 71,0% больных (женщин-64,5%, мужчин-6,5%). Значительное нарушение функциональной активности, вплоть до прикованности к

постели (FAC, 0) отмечалось у 29,0% больных (среди женщин -25,8%, среди мужчин -3,2%).

Среди больных с ограничениями ходьбы 29,5% больных могли перемещаться лишь в пределах квартиры, в большей части (69,2%)—это больные старше 80лет. В 70,5% случаев больные могли выходить из дома, но с помощью поддержки посторонних лиц или вспомогательных средств (ходунки, костыли,тросточки). При сравнительном анализе по возрастным группам получены данные о том, что в возрасте 70-70 лет 14,3% больных имели ограничение ходьбы в пределах квартиры, 85,7% могли выходить из дома, но с помощью вспомогательных средств. В возрасте 80-89 лет перемещения только внутри квартиры имели 56,3% больных, могли выходить из дома с помощью посторонних лиц или подручных вспомогательных средств 43,7% больных (Рис.5.2.).

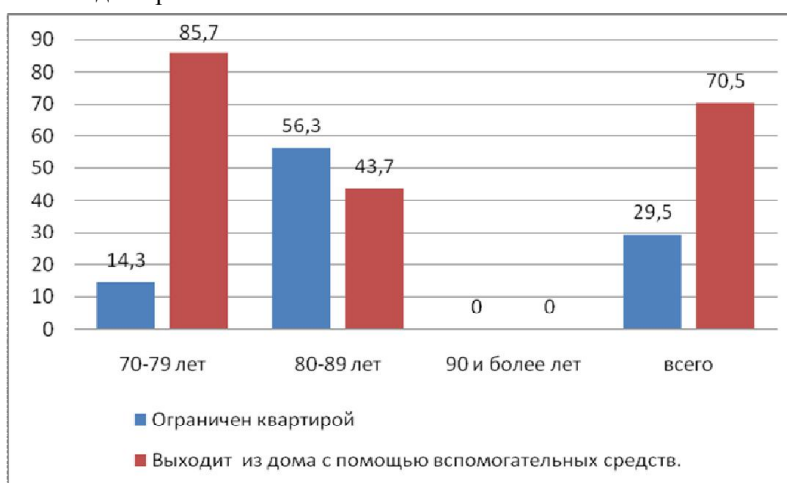


Рис. 5.2. Функциональные ограничения ходьбы больных, перенесших ППОБ в 2010г. по возрастным группам (%).

Среди больных с нарушениями ходьбы у 86,4% отмечалось ограничение ходьбы до 500м, затруднение подъема по ступенькам отмечали 81,8% больных, разной степени выраженности боли при движении сохранялись у половины (54,5%) больных. При возрастной раскладке полученных данных в возрасте 70-79 лет 38,6% имели ограничение ходьбы на расстоянии до 500м, 35,1% больных испытывали

затруднения при подъеме по ступенькам, 26,3% больных отмечали болевое ограничение движений. В возрасте 80-89 лет не выдерживали ходьбу до 500м 39% больных, столько же больных отмечали выраженные затруднения при подъеме по ступенькам, 22% больных жаловались на болевое ограничение движений (Рис.5.3.).

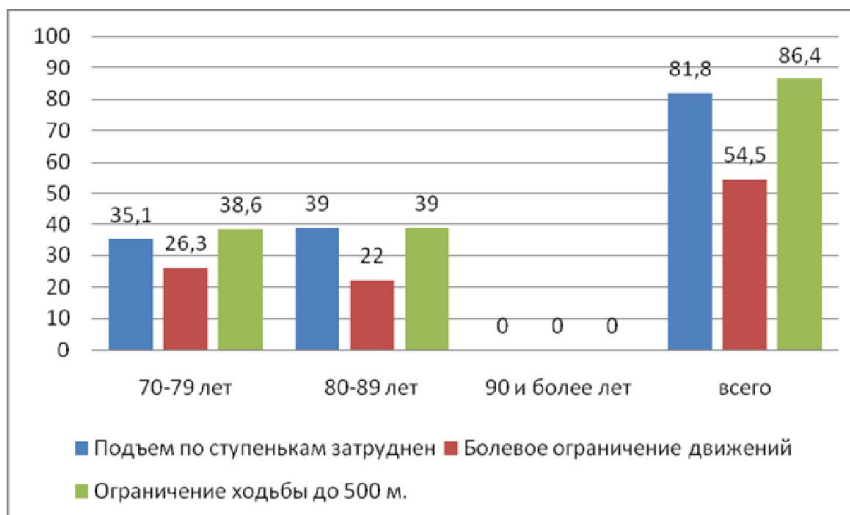


Рис. 5.3. Ограничение движений в возрастных группах больных, перенесших ППОБ в 2010г. (%).

Результаты исследований состояния больных, получивших консервативное лечение, которым хирургическое вмешательство не было проведено в виду, в основном, высокой для больного пенсионера стоимости операции, показали худшие исходы ППОБ. Полное восстановление активности никем из больных не было достигнуто. С выраженными нарушениями двигательной активности (6-12 баллов), прикованными к постели (FAC, 0) осталось 45,0% больных. У 55,0% больных были умеренные нарушения общей устойчивости (11-17 баллов), походки (11-13 баллов). Ходьба требовала постоянной или периодической помощи постороннего в удержании

равновесия (FAC,1-2) после перелома и вынужденного длительного постельного режима.

Таким образом, отсутствие хирургического вмешательства лишает больного старшего возраста возможности достаточного восстановления двигательной функции.

При выяснении психологического состояния страх падений и неизбежных переломов преследовали более половины пациентов. Когнитивные нарушения отмечались у большинства пациентов: в возрасте 70-79 лет – у 76,7%, 80-89 лет- у 88%, 90 и более-у 100% человек (Рис 5.4.).

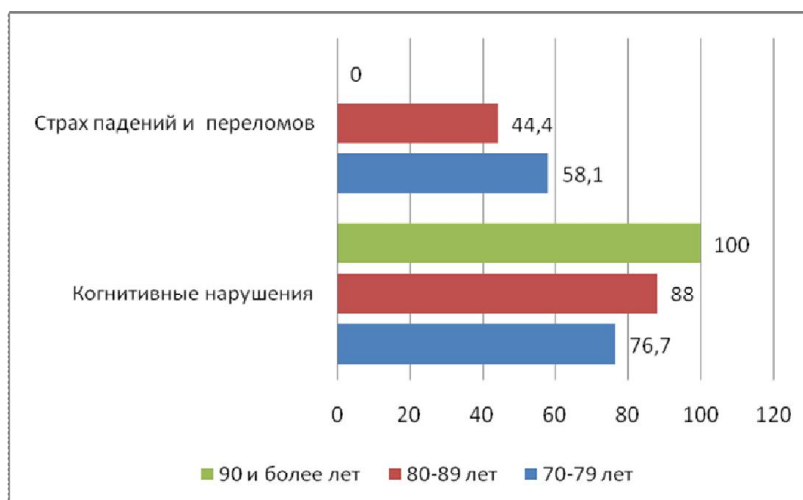


Рис. 5.4. Психо-неврологические нарушения у больных в возрасте 70 лет и старше, перенесших ППОБ в 2010 г.

Когнитивные нарушения проявлялись в виде резкого ухудшения памяти, концентрации внимания, нарушения ориентации во времени, иногда в окружающем. Депрессивные состояния официально не были оформлены (диагноз не был выставлен в амбулаторных картах), в связи с чем общий подсчет этого показателя не был произведен. Однако проявления их отмечались у многих больных, особенно у прикованных к постельному режиму, что выражалось в безнадежности своего положения, сожаления о том, что являются грузом для своих родственников, находятся в зависимом положении от посторонней помощи, начиная с элементарных гигиенических процедур, кончая постоянными просьбами соседей, родственников в доставке продуктов питания, лекарственных препаратов и т.д. У 13,0% больных депрессия переходила в глубокую апатию,

нежелании в дальнейшем жить.

Таким образом, психо-неврологические нарушения, спровоцированные произошедшим переломом проксимального отдела бедра и его последствиями серьезно усугубляют тяжесть состояния больного.

На хирургическое лечение 65 больных с переломом проксимального отдела бедра израсходовано в среднем 3 млн.708 тыс 300 сомов (78 900 дол. США). Ввиду высокой стоимости эндопротезов на оперативное лечение эндопротезированием 22-х больных отмечается большая финансовая затрата до 3 млн.102 тысяч сомов (66000 дол.США). На лечение остеосинтезом 43-х больных потрачено в среднем 606 тыс. 300 сомов (12 900 дол.США). При большом общем расходе у обследуемых больных отмечается преимущественная затрата на эндопротезирование в 5,1 раз выше, чем на остеосинтез (Рис.5.5.)

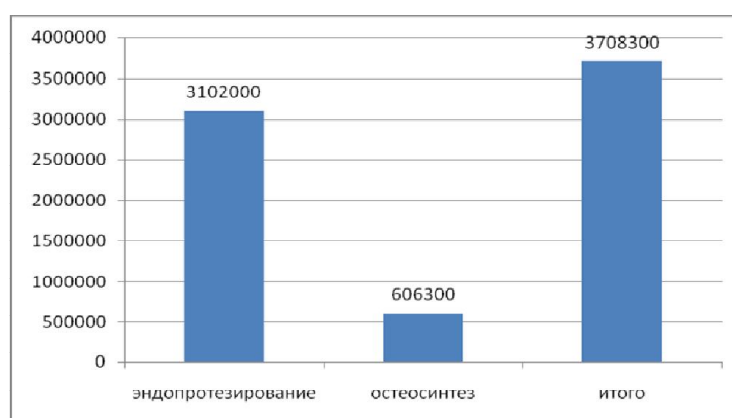


Рис 5.5. Экономические затраты на хирургическое лечение больных в возрасте 70 лет и старше, перенесших ППОБ в 2010г. (сомы).

Выводы. Тяжесть медико-социальных последствий переломов проксимального отдела бедренной кости на фоне сенильного остеопороза обусловлена высокой степенью летальности больных, значительным ухудшением функционального состояния человека, снижением качества его жизни. Экономические затраты на стационарное (оперативное) лечение больных с ППОБ велики. Для достижения положительных исходов ППОБ у больных сенильным остеопорозом необходимо более широкое применение оперативных методов лечения и реабилитационных программ, мер воздействия, направленных на профилактику остеопороза, падений и переломов у пожилых. Важна информированность медицинских работников, населения старшего возраста о способах профилактики и лечения остеопороза и остеопоротических переломов. Большая роль для предотвращения тяжелых медико-социальных последствий ППОБ отводится органам власти, которые должны разработать и утвердить программу по борьбе с остеопорозом и его осложнениями.

Литература:

1. Беляева Е.А. Остеопороз в клинической практике: от своевременного диагноза к рациональной терапии/Е.А. Беляева //Consilium Medicum.- М.: Медиа Медика 2009- том 11-№2- С.88-89.
2. Доклад Научной группы ВОЗ Женева, 7-10 апреля 2000., ВОЗ EB114/13, Сто четырнадцатая сессия 15 апреля 2004,- С.1-2.
3. Крюкова И. В., Марченкова Л. А., Древаль А. В. Остеопороз и его медико-социальные последствия: можно ли остановить «немую эпидемию»? // Consiliummedicum 2011-Том13 №2. – С.63-67.
4. Михайлов Е.Е., Беневоленская Л.И. Эпидемиология остеопороза и переломов // Руководство по остеопорозу / Под ред. Л.И. Беневоленской, -М.: БИНОМ, Лаборатория знаний, 2003. -1054
5. Норой Л. Аудит состояния проблемы остеопороза в странах Восточной Европы и Центральной Азии 2010 /Л. Норой, О.М. Лесняк.- Международный Фонд Остеопороза, - 2011.-С.32,45
6. Скрипникова И.А. Остеопороз- медицинская и социальная проблема // Профилактическая медицина 2009-№6-С.8-13.
7. Melton L.J. 3rd. Adverse outcomes of osteoporotic fractures in the general population // Journal of Bone and Mineral Research. -2003.-Н.18. –P.113.

Рецензент: д.м.н., профессор Султаналиева Р.Б.