

Изменения факторов сердечно-сосудистого риска и особенностей клинической картины у мужчин с подагрой за прошедшие 20 лет

А.А. Ал-нувайрах, В.В. Тыренко, М.П. Блохин, В.А. Качнов
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Цель исследования – изучить распространенность и степень выраженности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), а также трансформацию клинической картины заболевания у больных подагрой за прошедшие 20 лет.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 305 пациентов (все мужчины, средний возраст – $45,6 \pm 11,7$ года) с подагрой, находившихся на лечении в ревматологическом отделении клиники факультетской терапии им. С.П. Боткина Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова с 1990 по 1994 г. и с 2005 по 2009 г. Изучены структура, распространенность ССЗ, наличие факторов риска у больных подагрой.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что для пациентов, заболевших в настоящее время, характерны более высокие индекс массы тела, степень артериальной гипертензии, более выраженные изменения метаболизма и нарушения углеводного обмена, высокая атерогенность липидного спектра крови, коррелирующие с повышением уровня мочевой кислоты. Установлена и большая встречаемость хронических ССЗ.

Заключение. Обнаруженные особенности свидетельствуют о трансформации заболевания на протяжении ряда лет и неуклонном возрастании степени сердечно-сосудистого риска у больных подагрой с нарушениями метаболизма.

Ключевые слова: подагра, факторы риска, метаболический синдром, мочевая кислота, сердечно-сосудистые заболевания.

Контакты: Вадим Витальевич Тыренко vadim_tyrenko@mail.ru

CHANGES IN CARDIOVASCULAR RISK FACTORS AND IN THE CLINICAL PICTURE OF MALE GOUT IN THE PAST 20 YEARS

A.A. Al-nuvairakh, V.V. Tyrenko, M.P. Blokhin, V.A. Kachnov
S.M. Kirov Military Medical Academy, Saint Petersburg

Objective. To study the prevalence and degree of risk factors for cardiovascular diseases (CVD) and the transformation of the clinical picture of gout in the past 20 years.

Material and methods. The case histories of 305 male gouty patients (mean age 45.6 ± 11.7 years) treated at the Rheumatology Department, S.P. Botkin Faculty Therapy Clinic, S.M. Kirov Military Medical in 1990 to 1994 and 2005 to 2009 were retrospectively analyzed. The pattern and prevalence of CVD and the presence of risk factors were studied in patients with gout.

Results. The currently ill patients were found to have high body mass index, high arterial hypertension, more pronounced metabolic changes and carbohydrate metabolic disturbances, and a high atherogenic blood lipid profile, which were correlated with elevated uric acid levels. There was also a high frequency of chronic CVD.

Conclusion. The found changes point to the transformation of the disease over a number of years and the steady increase in the degrees of a cardiovascular risk in gouty patients with metabolic disturbances.

Key words: gout, risk factors, metabolic syndrome, uric acid, cardiovascular diseases.

Contact: Vadim Vitalyevich Tyrenko vadim_tyrenko@mail.ru

В настоящее время очевидно, что сочетание подагры и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) является взаимотягущим [1]. Так, по данным НИИР РАМН, артериальная гипертензия (АГ) регистрируется у 83% больных подагрой, ишемическая болезнь сердца (ИБС) – у 38%, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – у 10%. Полный метаболический синдром (МС) встречается у 60–70% больных подагрой, а ни одного признака МС не выявлено лишь у 1% больных [2]. Более высокая частота МС при подагре отчасти может объяснить и более высокий уровень атеросклеротических заболеваний у этой категории пациентов.

К сожалению, за последние десятилетия отмечается стойкая тенденция к увеличению распространенности как

МС, так и гиперурикемии (ГУ). Сейчас в мире МС страдают около 300 млн человек и, по прогнозам ученых, через 10 лет ожидается увеличение числа таких больных на 50%. В исследованиях, выполненных в Финляндии и Швеции, установлено, что МС встречается у 10–15% лиц с нормальной толерантностью к глюкозе, у 42–64% лиц с нарушенной гликемией натощак и у 78–84% пациентов с сахарным диабетом (СД) 2-го типа [3]. В США среди лиц с нормальной массой тела МС выявляется у 4,6%, с избыточной массой тела – у 22,4%, с ожирением – до 60%.

Такая же ситуация наблюдается с подагрой и ГУ. Так, по данным Л.И. Беневоленской и соавт. [4], доля больных подагрой среди всех больных с ревматическими заболеваниями

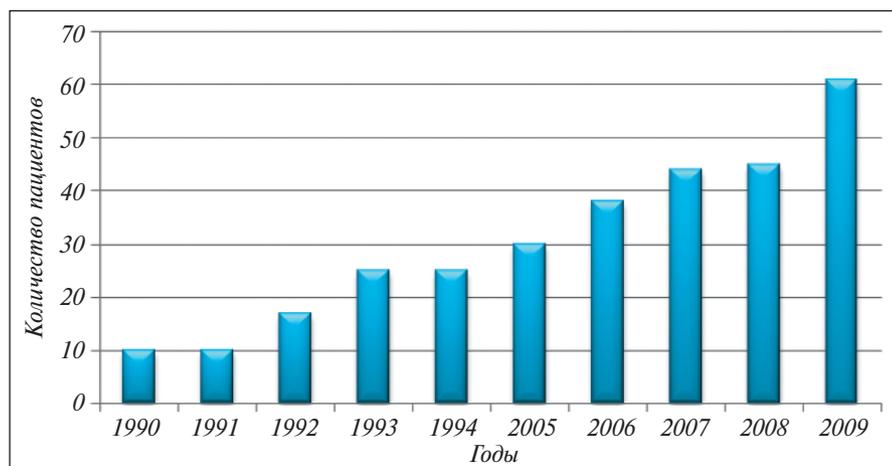


Рис. 1. Динамика госпитализаций больных подагрой

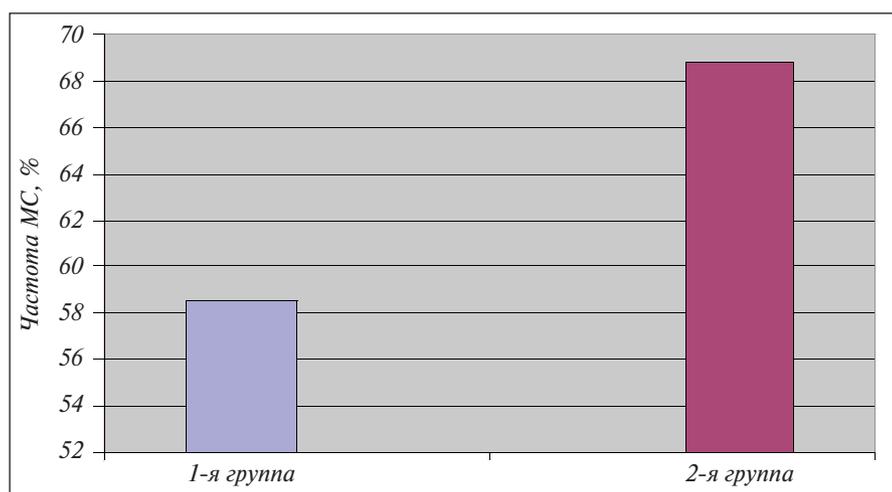


Рис. 2. Частота МС у больных 1-й и 2-й групп

рой в период с 1990 по 1994 г. и с 2005 по 2009 г. 1-ю (ретроспективную) группу составили 87 пациентов с подагрой, проходивших лечение с 1990 по 1994 г., 2-ю – 218 больных подагрой, получавших лечение с 2005 по 2009 г. На рис. 1 представлена динамика госпитализации больных подагрой в клинику факультетской терапии.

Всем больным проводили рутинные лабораторные исследования, включавшие клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, определение уровня СРБ, фибриногена и инструментальные исследования (рентгенографию органов грудной клетки, пораженных суставов, ЭКГ, ЭхоКГ). Учет факторов риска ССЗ проводили на основании записей в историях болезни (результаты физического обследования, лабораторные показатели, а также данные инструментальных методов исследования).

Наиболее значимыми факторами риска ССЗ считали наличие АГ, гипертрофии миокарда левого желудочка (ГЛЖ), дислипидемии и курение.

ГЛЖ оценивали по массе миокарда левого желудочка (ММЛЖ), рассчитанной по формуле:

$$\text{ММЛЖ} = 0,8 \cdot [1,04 \cdot (\text{КДР} + \text{ТЗСЛЖ} + \text{ТМЖП}) \cdot 3 - \text{КДР}],$$
 где КДР – конечный диастолический размер левого желудочка; ТЗСЛЖ – толщина задней стенки левого желудочка; ТМЖП – толщина межжелудочковой перегородки [9].

Границей нормальных значений ММЛЖ считали 259 г (для мужчин) [10]. МС диагностировали согласно критериям ВНОК (2007) [11].

Статистический анализ результатов исследования проводили с помощью программ Statistica 7.0 (StatSoft Inc., США) и Microsoft Excel (2007). Описание количественных показателей в группах сравнения выполняли с помощью средних арифметических значений \pm стандартное отклонение. Гипотезу о равенстве средних проверяли с применением t-критерия Стьюдента. При анализе дискретных признаков использовали критерий Пирсона χ^2 . Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Анализ данных анамнеза и физического обследования из историй болезни с 1990 по 1994 г. и приведение их к единым диагностическим критериям МС показали, что фактически МС имелся у 58,6% пациентов 1-й группы. Через 20 лет МС диагностировался достоверно чаще – у 68,8% пациентов (рис. 2).

Наряду с увеличением количества пациентов с МС изменились и встречаемость и степень выраженности факторов риска ССЗ. Частота выявления факторов риска развития ССЗ у больных представлена в табл. 1.

При анализе основных факторов риска ССЗ выявлен только один показатель – возраст >55 лет, по которому па-

увеличилась на 7–8%. С учетом растущей распространенности ожирения и МС во всем мире и потенциальной связи между ГУ и ССЗ все больше внимания уделяется увеличению частоты ГУ. Результаты популяционного исследования показали, что с увеличением компонентов МС увеличивается уровень мочевой кислоты (МК) в сыворотке крови [5, 6]. Так, средний уровень МК в сыворотке крови возрастает с 4,6 мг/дл у пациентов, имеющих <3 компонентов МС, до 5,9 мг/дл у пациентов с наличием 3 компонентов [7].

Эффективное управление факторами риска как главная задача медицины XXI в., призванное решить проблему смертности от атеросклероза, подразумевает не только их раннюю идентификацию, но и, что особенно важно, выявление наиболее значимых факторов атерогенеза [8].

Цель исследования – изучить распространенность и степень выраженности факторов риска ССЗ, а также трансформацию клинической картины заболевания у больных подагрой за прошедшие 20 лет.

Материал и методы. На основании данных о 305 мужчинах, проходивших обследование и лечение в ревматологическом отделении клиники факультетской терапии им. С.П. Боткина Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (Санкт-Петербург), проведен сравнительный анализ распространенности факторов риска ССЗ у больных подаг-

О Р И Г И Н А Л Ь Н Ы Е И С С Л Е Д О В А Н И Я

циенты 2-й группы имели явное преобладание ($p < 0,001$). Это свидетельствует о значительном «омоложении» подагры в настоящее время по сравнению со средним возрастом дебюта заболевания 20-летней давности.

Гиперхолестеринемия достоверно чаще обнаруживалась у пациентов 2-й группы (68,6%) по сравнению с пациентами 1-й группы (60,9%; $p < 0,05$). Дислипидемия в виде низкого уровня холестерина липопротеидов высокой плотности – ХСЛВП ($< 1,0$ ммоль/л) и высоких значений триглицеридов – ТГ ($> 1,7$ ммоль/л) также значительно преобладала у пациентов 2-й группы. Так, показатель ХСЛВП $< 1,0$ ммоль/л достоверно чаще встречается у современных пациентов во 2-й группе (59,6%), чем у больных 1-й группы (37,9%; $p < 0,001$). Также достоверно чаще регистрировалась гипертриглицеридемия. Уровень ТГ $> 1,7$ ммоль/л наблюдался в 1,7 раза чаще у больных 2-й группы, чем 1-й группы ($p < 0,001$).

Курение достоверно чаще встречалось у больных 2-й группы – 140 (64,2%) пациентов против 45 (51,7%) в 1-й группе ($p < 0,05$). Достоверных различий между группами по частоте АГ не выявлено ($p > 0,05$). Отягощенная наследственность также определялась одинаково часто в обеих группах. Среди больных, получавших лечение в течение последних лет, достоверно чаще регистрировалось ожирение всех степеней. Не наблюдалось достоверных различий только по начальной стадии ожирения – избыточной массе тела ($p > 0,05$). В 1-й группе избыточная масса тела выявлена у 35 (40,2%) пациентов, ожирение I степени – у 31 (35,6%), II степени – у 11 (12,6%), III степени – у 4 (4,5%). Из всех пациентов 1-й группы нормальная масса тела имела только у 6 (6,8%). Во 2-й группе ожирение I степени выявлено у 65 (29,6%) пациентов, II степени – у 80 (36,6%), а III степени – у 24 (11%). Во 2-й группе нормальная масса тела зарегистрирована только у 3 (1,3%) пациентов.

Помимо частоты факторов риска ССЗ, нас интересовала также степень их выраженности. Сравнительная характеристика факторов риска ССЗ в обеих группах представлена в табл. 2.

Как видно из представленных данных, средний возраст начала заболевания в настоящее время составляет $44,12 \pm 1,72$ года, в то время как 20 лет назад он достигал $49,9 \pm 3,15$ года ($p < 0,05$), что говорит об «омоложении» заболе-

Таблица 1. Частота факторов риска у больных подагрой

Факторы риска	1-я группа (n=87)	2-я группа (n=218)	p
Основные			
Возраст > 55 лет	29 (33,3)	31 (14,2)	$< 0,001$
Гиперхолестеринемия	53 (60,9)	150 (68,8)	$< 0,05$
ХСЛВП $< 1,0$ ммоль/л	33 (37,9)	130 (59,6)	$< 0,001$
Курение, n (%)	45 (51,7)	140 (64,2)	$< 0,05$
САД > 140 мм рт. ст.	65 (74,7)	162 (74,3)	$> 0,05$
Дополнительные			
ТГ $> 1,7$ ммоль/л	35 (40,2)	157 (72)	$< 0,001$
ИМТ > 25 кг/м ²	81 (93,1)	215 (98,6)	$> 0,05$
Семейный анамнез по ИБС	40 (45,9)	91 (41,7)	$> 0,05$
СД 2-го типа, n (%)	10 (11,49)	51 (23,3)	$< 0,001$
Гипертрофия миокарда левого желудочка	61 (70,1)	142 (65,1)	$< 0,05$

Примечание. САД – систолическое артериальное давление, ИМТ – индекс массы тела. В скобках – показатели в процентах (здесь и в табл. 3, 4).

Таблица 2. Степень выраженности факторов риска ССЗ у больных подагрой

Показатель	1-я группа (n=87)	2-я группа (n=218)	p
Возраст начала подагры, годы	$49,9 \pm 3,15$	$44,12 \pm 1,72$	$< 0,05$
ИМТ, кг/м ²	$30,39 \pm 0,95$	$33,92 \pm 2,16$	$< 0,05$
САД, мм рт. ст.	$145,55 \pm 5,80$	$159,87 \pm 7,65$	$< 0,05$
ДАД, мм рт. ст.	$93,13 \pm 12,75$	$93,09 \pm 10,23$	$> 0,05$
Глюкоза крови натощак, ммоль/л	$4,76 \pm 1,55$	$6,92 \pm 0,47$	$< 0,05$
Общий холестерин, ммоль/л	$5,63 \pm 1,45$	$5,94 \pm 1,11$	$> 0,05$
ТГ, ммоль/л	$2,15 \pm 1,07$	$3,61 \pm 0,34$	$< 0,05$
ММЛЖ, г	$287,8 \pm 17,04$	$279,8 \pm 12,6$	$> 0,05$

Примечание. ДАД – диастолическое артериальное давление.

Таблица 3. Частота ассоциированных клинических состояний у больных подагрой

Нозологическая форма	1-я группа (n=87)	2-я группа (n=218)	p
ЦВБ, ишемический инсульт	9 (10,3)	27 (12,3)	$< 0,05$
АГ	65 (74,7)	162 (74,3)	$> 0,05$
ИБС	34 (39,08)	134 (61,4)	$< 0,001$
Инфаркт миокарда	15 (17,2)	43 (19,7)	$> 0,05$
СД 2-го типа	10 (11,49)	51 (23,3)	$< 0,001$
Атеросклероз сосудов нижних конечностей	42 (48,3)	99 (45,5)	$> 0,05$

вания. Также сегодня отмечаются возрастание ИМТ, большая выраженность степени ожирения, нарушений липидного и

О Р И Г И Н А Л Ь Н Ы Е И С С Л Е Д О В А Н И Я

Таблица 4. Характеристика клинической картины подагры в сравниваемых группах

Признак	1-я группа	2-я группа	p
Количество пораженных суставов за период болезни	2,45±1,47	4,92±1,46	<0,05
Приступообразное течение подагры	69 (79,3)	133 (61)	<0,05
Хронический артрит	18 (20,7)	85 (38,9)	<0,05
Тофусы	14 (16,1)	136 (62,4)	<0,001
Нефролитиаз	22 (25,3)	93 (42,7)	<0,001

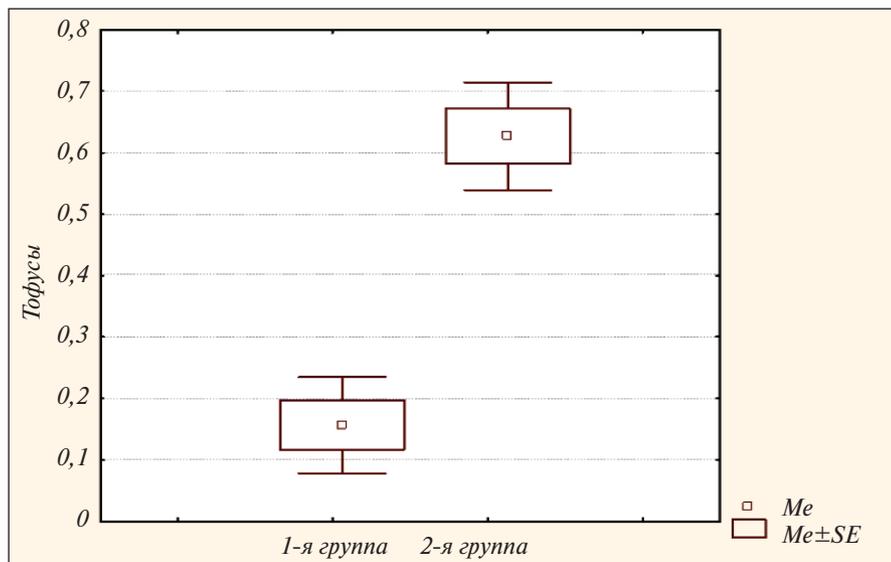


Рис. 3. Наличие тофусов у пациентов 1-й и 2-й групп

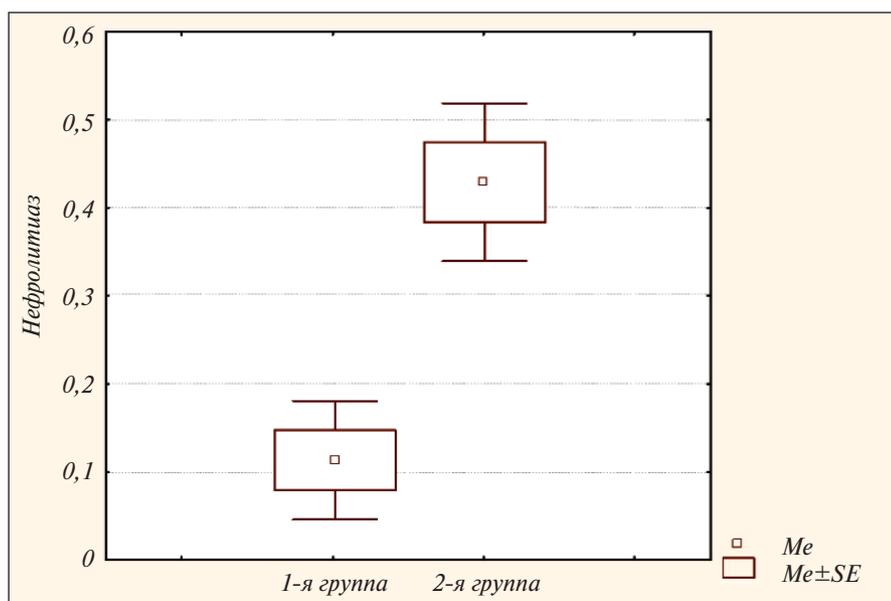


Рис. 4. Наличие нефролитиаза у пациентов 1-й и 2-й групп

ных препаратов, предотвращающих развитие гипертрофии миокарда (ингибиторов АПФ и сартанов). Следует обратить внимание на то, что более тяжелое течение АГ и гиперлипидемии регистрируется в настоящее время, хотя считается, что с помощью современных препаратов мы лучше контролируем уровень АД и атерогенных фракций холестерина.

Частота других ассоциированных клинических состояний, выявленных у пациентов с подагрой, представлена в табл. 3.

Как видно из табл. 3, в 1-й группе достоверно чаще (почти в 2 раза) встречались ИБС и СД 2-го типа на фоне увеличения факторов риска этих заболеваний, таких как избыточная масса тела и АГ. Также получены достоверные различия по цереброваскулярным заболеваниям (ЦВБ), в частности ишемическому инсульту. Мы не включали в анализ хроническую болезнь почек из-за сложности диагностики ее этиологии у больных подагрой, 74% которых страдают АГ. Анализ данных, представленных в табл. 3, свидетельствует о высокой распространенности ассоциированных клинических состояний и сопутствующих заболеваний у больных подагрой, а также о том, что у нынешних пациентов эти заболевания выявляются достоверно чаще.

Таким образом, можно заключить, что полученные данные указывают на неуклонное возрастание за прошедшие 20 лет частоты и степени выраженности факторов сердечно-сосудистого риска у больных подагрой.

Представляло также интерес изучение особенностей клинической картины подагры 20 годами ранее и в настоящее время. Характеристика клинического течения заболевания у больных в сравниваемых группах представлена в табл. 4.

При изучении особенностей современного подагрического артрита у пациентов 2-й группы выявлено достоверно большее число пораженных суставов, атаки артрита носили, как правило, повторный характер с последующим развитием хронического артрита. Также достоверно чаще наблюдалось образование депозитов кристаллов (тофусов) в тканях ($p < 0,05$). Частота тофусов у больных 1-й и 2-й групп представлена на рис. 3.

углеводного обмена, более высокий уровень САД. Исключение составляет ГЛЖ, которая чаще встречалась в 1-й группе, что может быть связано с большей длительностью АГ, а также отсутствием 20 лет назад в арсенале кардиолога гипотензив-

ных препаратов, предотвращающих развитие гипертрофии миокарда (ингибиторов АПФ и сартанов). Следует обратить внимание на то, что более тяжелое течение АГ и гиперлипидемии регистрируется в настоящее время, хотя считается, что с помощью современных препаратов мы лучше контролируем уровень АД и атерогенных фракций холестерина.

О Р И Г И Н А Л Ь Н Ы Е И С С Л Е Д О В А Н И Я

Таблица 5. Взаимосвязь уровня МК с факторами сердечно-сосудистого риска

Показатель	Коэффициент корреляции		Показатель	Коэффициент корреляции	
	1-я группа	2-я группа		1-я группа	2-я группа
ИМТ	+0,201	+0,39	Возраст	+0,51	+0,37
САД	+0,079	+0,083	Общий холестерин	+0,09	+0,153
ДАД	+0,41	+0,39	ТГ	+0,159	+0,47
Глюкоза крови натощак	+0,127	+0,239	Фибриноген	+0,089	+0,136
Курение	+0,0093	+0,0147	СОЭ	+0,135	+0,169

Нефролитиаз встречался у 42,6% пациентов 2-й группы и у 25,3% 1-й. При этом наблюдается тенденция к затяжному течению артрита и более частому поражению мягких тканей у современных больных, у которых также выявлено достоверное увеличение количества факторов риска ССЗ.

На основании полученных данных мы можем заключить, что наличие МС имеет большое значение для больных подагрой, так как оно не только увеличивает число факторов риска, приводящих к ССЗ, но и влияет на течение самой болезни. Прогноз у больных подагрой с МС менее благоприятный в отношении как развития ССЗ и СД 2-го типа, так и течения собственно подагры.

С помощью математических методов изучены корреляционные взаимоотношения уровня МК с факторами сердечно-сосудистого риска (табл. 5).

Данные корреляционного анализа (см. табл. 5) отражают положительные корреляционные связи уровня МК с факторами риска в обеих группах. Более сильная корреляция (положительная корреляция средней силы) с ИМТ, уровнем ТГ и возрастом получена у больных 2-й группы. Значимая корреляция с такими факторами, как нарушение углеводного обмена и уровень АД, также наблюдалась в обеих группах, что отражает общую тенденцию положительных связей. Эти связи объясняют увеличение в последнее время среди пациентов с подагрой частоты ожирения и МС, а также количества больных с ССЗ.

Заключение. Ретроспективное исследование больных подагрой, госпитализированных в стационар, показало, что за последние 20 лет характер течения подагры изменился. Увеличилось количество пациентов с большим числом пораженных суставов и частым развитием хронического артрита. Как правило, эти пациенты имеют более высокие ИМТ, степень АГ, инсулинорезистентность и атерогенность липидного спектра крови, коррелирующие с уровнем МК. ССЗ и СД 2-го типа встречаются у этих пациентов чаще, чем у больных подагрой 20 лет назад.

Причин эпидемии ожирения и МС за последние 20 лет, на наш взгляд, несколько:

– изменение характера питания (употребление сладких газированных напитков и фастфуда, повышение потребления фруктозы). Фосфорилирование фруктозы в печени

приводит к снижению уровня АТФ, что, в конечном счете, находит отражение в увеличении синтеза МК. Предполагается, что широко распространенная продажа кукурузного сиропа, содержащего много фруктозы (которая является более устойчивой и более дешевой, чем сахар), заметно способствовала увеличению частоты признаков МС у жителей США в последние годы [6, 7];

– улучшение экономического благосостояния и личного благополучия в последние 20 лет. Раньше подагра называлась «болезнью богатых» и воспринималась как «болезнь изобилия». В последние десятилетия произошло резкое изменение образа жизни: изменился и продолжает меняться характер быта, труда, питания, уменьшается физическая активность, все чаще встречаются лица с избыточной массой тела; постоянно меняется среда обитания, образ жизни малоподвижный, характер работы у большинства людей сидячий (в офисах) и перемещения происходят в основном на личном транспорте;

– слабая пропаганда здорового образа жизни и занятий спортом.

Установлена большая частота ожирения и МС у пациентов в настоящее время, что подтверждает взаимосвязь ГУ и подагры с компонентами МС. Поэтому стратегия ведения пациентов с подагрой должна включать в себя скрининг и коррекцию пуринового, липидного и углеводного обмена, предотвращение развития сердечно-сосудистых осложнений. Врачи должны быть осведомлены о высоком риске развития ГУ у пациентов с ожирением, АГ или инсулинорезистентностью, чтобы воздействовать на ее компоненты (высокое АД, ожирение и т. д.) и, следовательно, тем самым уменьшать риск развития ССЗ. Такого же мнения придерживается и ряд зарубежных исследователей. В частности, T. Inokuchi и соавт. [12] считают: чтобы снизить риск развития сердечно-сосудистых осложнений, следует больше внимания уделять наличию МС у больных подагрой.

В заключение следует подчеркнуть, что выполненное нами исследование проводилось на базе стационара, т. е. проанализированная выборка не является отражением всей популяции больных подагрой, в которой возможно обнаружение других особенностей заболевания и сердечно-сосудистых осложнений.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Логинова Т., Поскребышева А. и др. Порочный круг – гиперурикемия, подагра и сердечно-сосудистые заболевания. Врач 2004;4:10–11.
2. Барскова В.Г. Хроническая подагра: причины развития, клинические проявле-

ние, лечение. Тер арх 2010;1(82):67.
3. Isomaa B., Almgren P., Tuomi T. et al. Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome. Diabetes Care 2001;4:683–9.
4. Беневоленская Л.И. Эпидемиология

ревматических болезней. М.: Медицина, 1988;240–56.
5. Angelo L., Gaffo N., Lawrence E. et al. Hyperuricemia and cardiovascular disease: how strong is the evidence for a causal link? Arthr Res Ther 2009;11(4):240–9.

6. Hyon K., Choi E., Ford S. et al. Prevalence of the Metabolic Syndrome in Patients With Gout: The Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Arthr Rheum* 2007;57(1):109–15.
7. Teh-Ling L., Ming-Wei L., Li-Chuan H. et al. Is Hyperuricemia Another Facet of the Metabolic Syndrome? *J Chin Med Assoc* 2006;69(3):104–9.
8. NCEP Expert Panel on Blood Cholesterol: Levels in children and adolescents: National Cholesterol Education Program (NCEP): highlights of the Report of the Expert Panel on Blood Cholesterol Levels in Children and Adolescents. *Pediatrics* 1992;89:495–501.
9. Levy D., Savage D.D., Garrison R.J. et al. Echocardiographic criteria for left ventricular hypertrophy: the Framingham Heart Study. *Am J Cardiol* 1987;59:956–60.
10. Lorell B.H., Carabelto B.A. Left ventricular hypertrophy: pathogenesis, detection, and prognosis. *Circulation* 2000;102(4):470–9.
11. Диагностика и лечение метаболического синдрома. Российские рекомендации. М., 2007;26 с.
12. Inokuchi T. Increased frequency of metabolic syndrome and its individual metabolic abnormalities in Japanese patients with primary gout. *J Clin Rheumatol* 2010;16(3):109–12.

Остеопороз и его осложнения: приверженность лечению и возможности ее повышения

О.В. Добровольская, О.А. Никитинская, Н.В. Торопцова

Учреждение Российской академии медицинских наук Научно-исследовательский институт ревматологии РАМН, Москва

Цель исследования — оценить приверженность пациентов лечению противоостеопоротическими препаратами в течение первого года после перенесенного малотравматичного остеопоротического перелома (МОП).

Материал и методы. Проанализированы данные анкетирования 172 женщин 50 лет и старше (средний возраст — 66 ± 8 лет), перенесших переломы различных локализаций в результате падения с высоты собственного роста. Оценка назначения терапии и приверженности лечению осуществлялась через 12 мес после МОП.

Результаты и их обсуждение. Среди 172 анкетированных 55% пациенток получали терапию, в том числе 73% — только препаратами кальция и витамина D, 8% — кальцитонин, 14% — бисфосфонаты и 5% — стронция ранелат. В то же время 45% опрошенных не получали никаких противоостеопоротических препаратов в течение первого года после перелома. Через 12 мес продолжали получать лечение только 42% опрошенных, а прервали его в течение первых 4 мес после перелома — 18%.

Заключение. В реальной клинической практике в течение первого года после МОП у большинства пациенток лечение остеопороза не проводилось. Одна из основных причин отсутствия терапии — высокая стоимость патогенетических препаратов. Данная причина может быть успешно устранена в случае применения дженерических лекарственных средств.

Ключевые слова: остеопороз, приверженность лечению, алендронат.

Контакты: Наталья Владимировна Торопцова epid@irramn.ru

OSTEOPOROSIS AND ITS COMPLICATIONS: TREATMENT ADHERENCE AND POSSIBILITIES OF ITS ENHANCEMENT

O.V. Dobrovolskaya, O.A. Nikitinskaya, N.V. Toropectsova

Research Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Objective. To estimate patient adherence to treatment with antiosteoporotic drugs within the first year after experienced low-trauma osteoporotic fractures (LOF).

Material and methods. The data of a questionnaire survey were analyzed in 172 women aged 50 years or older (mean age 66 ± 8 years) who had sustained fractures at different sites after a fall from standing height, were analyzed. Therapy and its compliance were assessed 12 months after LOF.

Results and discussion. Among the 172 respondents, 55% received therapy, including 73% took only calcium preparations and vitamin D; 8% calcitonin; 14% bisphosphonates; 5% strontium ranelate. At the same time, 45% of those asked were given no antiosteoporotic drugs within the first year of life after fracture. Only 42% continued to receive treatment following 12 months; 18% interrupted it within the first 4 months after fracture.

Conclusion. In real clinical practice, osteoporosis was not treated in the majority of patients within the first year after LOF. One of the major reasons why it is not treated is the high cost of pathogenetic drugs. This reason can be successfully eliminated using generic drugs.

Key words: osteoporosis, treatment adherence, alendronate.

Contact: Nataliya Vladimirovna Toropectsova epid@irramn.ru

Остеопороз (ОП) — хроническое прогрессирующее заболевание скелета, основным осложнением которого являются малотравматичные остеопоротические переломы (МОП). Предупреждение МОП является основной целью медикаментозной терапии ОП. При этом процесс лечения

всегда длительный, а полноценный эффект противоостеопоротических препаратов зависит от тщательности соблюдения рекомендаций по их приему. Известно, что ОП входит в один ряд со многими другими хроническими заболеваниями, для которых недостаточное выполнение рекомен-