

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**КЫРГЫЗСКО - РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени Б. Н. ЕЛЬЦИНА**

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ имени И. К. АХУНБАЕВА**

Диссертационный совет Д.14.13.011

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

Аманалиева Жыпаргуль Кыдыргычевна

**МЕДИКО - СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СЕНИЛЬНОГО ОСТЕОПО-
РОЗА (НА ПРИМЕРЕ г. БИШКЕК КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ)**

14.02.03- общественное здоровье и здравоохранение

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек -2015

Работа выполнена в Кыргызском государственном медицинском институте переподготовки и повышения квалификации Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Чубаков Тологон Чубакович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук
Айдаралиев Арсен Асылбекович,
кандидат медицинских наук
Сыдыков Абылгазы Сыдыкович

Ведущая организация: Казахский медицинский университет непрерывного образования Министерства здравоохранения Республики Казахстан (050057, г. Алматы, ул. Манаса, 34)

Защита диссертации состоится 26 февраля 2015 г. в 13.00 часов на заседании диссертационного совета Д. 14.13.011 при КРСУ имени Б.Н. Ельцина и КГМА имени И.К. Ахунбаева (720064, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92а).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке КРСУ им. Б.Н. Ельцина по адресу г. Бишкек, ул. Киевская, 44 и в библиотеке КГМА им. И.К. Ахунбаева по адресу г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92.

Автореферат разослан «26» января 2015 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета Д. 14.13.011
кандидат медицинских наук, доцент



О.А. Болбачан

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. В последние годы во всем мире остеопороз, как заболевание, характеризующееся снижением минеральной плотности костной ткани и ухудшением качества кости (архитектоники, метаболизма, минерализации), способствующие увеличению риска переломов, привлекает все большее внимание здравоохранения и общественности, ввиду повышения уровня заболеваемости и смертности среди населения [Consensus Development Conference on Osteoporosis, 2000]. По заключению Всемирной организации здравоохранения остеопороз признан значимой социальной проблемой в связи с высокой распространенностью, тяжелыми социальными последствиями, приводящими к снижению качества жизни, большим затратам на лечение переломов, особенно, у людей старших возрастных групп [Kanis J.A., 2007]. Для остеопороза свойственно бессимптомное, поначалу, течение болезни, которое, зачастую, заканчивается переломами костей, инвалидностью и смертью людей пожилого возраста [Дыдикина И.С., 2008, Скрипникова И.А., 2009].

По данным исследований всего в мире остеопорозом поражены более 200 млн. женщин, причем доля больных увеличивается с возрастом [Kanis J.A., 2007]. Каждая третья женщина после наступления менопаузы и более половины всех лиц в возрасте 75-80 лет имеют остеопороз [Горопцева Н.В., 2006]. Сенильный остеопороз, являясь заболеванием, связанным с первичным поражением костной ткани, имеет широкую распространенность, обусловленную демографическим ростом населения старшей возрастной группы.

Вместе с нарастанием уровня заболеваемости остеопорозом данные статистики свидетельствуют о неуклонном росте числа остеопоротических переломов [Зоткин Е.Г., Мазуров В.И., 2004]. Исследователи приводят тревожные данные о том, что каждые 3 минуты в мире случается перелом, связанный с остеопорозом [Johnell O., Kanis J.A., 2006].

Среди остеопоротических переломов наиболее серьезным является перелом проксимального отдела бедра, частота которого связана с увеличением возраста. Установлено, что у лиц пожилого возраста переломы шейки бедра происходят в 90,0% случаев вследствие остеопороза и характеризуются катастрофическими последствиями: более 1/4 больных погибают в течение полугода; качество жизни снижается у половины выживших после перелома, а треть больных нуждается в длительном постороннем уходе [Родионова А.Ф., 2004, Ритлз Б.Л., Мелтон Л.Д., 2000, Leibson C.L. et al., 2002, Davidson M.R., 2003, Kanis J.A., 2003].

Экономический ущерб, связанный с остеопорозом очень высокий. В Европе стоимость расходов на лечение остеопороза в 2010 году оценивалась в 37 млрд. евро, из которых 66,0% составила часть, израсходованная на ле-

чение переломов, 5,0% - на медикаментозную профилактику и 29,0% - на длительный уход после переломов [Hernlund E. et al., 2013]. В США затраты на лечение переломов шейки бедра в 2000 году составили 20 млн. долларов США [Cummings S.R., Melton L.J., 2002].

В Кыргызской Республике не проводились исследовательские работы по сенильному остеопорозу. Однако, сенильный остеопороз в стране, как и во всем мире, представляет собой одну из значимых проблем здравоохранения, определяемой широкой распространенностью, удручающими последствиями заболевания. В данное время появилась необходимость в разработке и внедрении медико - социальных мероприятий по ранней диагностике, профилактике и своевременному лечению сенильного остеопороза, итогом которых должны быть снижение заболеваемости, его грозных исходов, улучшение качества и продолжительности жизни людей старшей возрастной группы, что явилось причиной данного исследования.

Связь темы диссертации с крупными научными программами (проектами) или основными научно - исследовательскими работами. Диссертационная работа является инициативным исследованием.

Цель исследования: разработка медико-социальной профилактики сенильного остеопороза на основе комплексной оценки факторов риска его развития.

Задачи исследования:

1. провести ретроспективный анализ тенденции распространенности остеопоротических переломов среди жителей г. Бишкек в возрасте 70 лет и старше;

2. изучить основные факторы риска развития сенильного остеопороза среди лиц в возрасте 70 лет и старше;

3. провести медико-социальную оценку исходов переломов проксимального отдела бедра по истечению одного года после перенесенной травмы среди лиц в возрасте 70 лет и старше;

4. разработать модель медико - социальной профилактики сенильного остеопороза у жителей Кыргызской Республики.

Научная новизна:

- впервые изучена динамика распространенности остеопоротических переломов среди жителей г. Бишкек в возрасте 70 лет и старше на основе ретроспективного анализа случаев низкоэнергетических переломов за период с 2006 по 2010 гг.;
- дана комплексная оценка факторам риска развития сенильного остеопороза и остеопоротических переломов у лиц в возрасте 70 лет и старше с использованием корреляционного и регрессионного анализов;
- проведена медико - социальная оценка последствий переломов про-

симального отдела бедра по истечению одного года после перенесенной травмы у лиц в возрасте 70 лет и старше;

- предложена модель медико - социальной профилактики сенильного остеопороза.

Практическая значимость полученных результатов:

0. дана оценка динамики распространенности остеопоротических переломов среди жителей г. Бишкек в возрасте 70 лет и старше, что свидетельствует о масштабности проблемы сенильного остеопороза;
- на основе изучения факторов риска развития сенильного остеопороза осуществлена разработка алгоритмов ранней диагностики и профилактики сенильного остеопороза, отбора групп лиц с факторами риска остеопоротических переломов, что позволит дифференцированно и эффективно подходить к профилактике и лечению пациентов в возрасте 70 лет и старше;
- оценены медико - социальные последствия переломов проксимального отдела бедра по истечению одного года после травмы, что доказывает тяжесть осложнений остеопороза;
- разработанная модель медико - социальной профилактики сенильного остеопороза определяет практические шаги в решении проблемы сенильного остеопороза в системе здравоохранения Кыргызской Республики.

Внедрение полученных результатов. На основании результатов исследования разработано учебно - методическое пособие «Сенильный остеопороз: медико - социальные аспекты, комплекс профилактических мер», которое внедрено в учебный процесс непрерывного обучения врачей в Кыргызском государственном медицинском институте переподготовки и повышения квалификации (КГМИПиПК), в практическую деятельность Центра медико - консультативных услуг и спортивной медицины г. Бишкек.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. остеопоротические переломы среди жителей г. Бишкек в возрасте 70 лет и старше имеют тенденцию к росту;

2. на развитие сенильного остеопороза значимое влияние оказывают следующие факторы риска: женский пол, дефицит витамина Д, низкая физическая активность, наследственность, курение. Склонность к падениям, кифоз грудной клетки являются значимыми факторами риска развития остеопоротических переломов у лиц в возрасте 70 лет и старше;

3. переломы проксимального отдела бедра сопровождаются высокой смертностью, значительными функциональными ограничениями и психоневрологическими расстройствами среди лиц в возрасте 70 лет и старше;

4. разработанная модель является основой для оказания медико - соци-

альной помощи больным с сенильным остеопорозом.

Личный вклад соискателя. Автор принимала непосредственное участие во всех этапах выполнения диссертационной работы: наборе материала, проведении ультразвуковой остеоденситометрии с интерпретацией полученных результатов, ретроспективном анализе медицинской документации, в статистической обработке, анализе и обобщении полученных данных, разработке модели медико - социальной профилактики сенильного остеопороза.

Апробация результатов диссертации. Основные положения диссертации были доложены на научно - практической конференции травматологов “Профилактика повторных переломов”, Бишкек (2012), Международной научно-практической конференции “Эпидемиология, патогенез и саногенез заболеваний в измененных климатогеографических условиях”, г. Бишкек (2014г.), межкафедральном заседании в КГМИПиПК (2014).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. Результаты исследования опубликованы в 11 статьях и 1 - учебно - методическом пособии.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 131 страницах компьютерного текста, включает введение, 3 главы, выводы и практические рекомендации; содержит 14 таблиц, 25 рисунков, 5 приложений. Указатель литературы включает 170 источников.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

В обзоре литературы представлены данные по распространенности остеопороза в мире, факторам риска развития, особенностям диагностики, медико-социальных последствий, а также современным подходам к его профилактике и лечению. Акцентировано внимание на изученности проблемы сенильного остеопороза. Учитывая данные литературных источников, дано обоснование необходимости в исследовании по теме диссертационной работы.

Во второй главе представлены сведения о материалах и методах исследования. Объектом исследования явилось население в возрасте 70 лет и старше, предметом исследования - оказание медико - социальной помощи больным с сенильным остеопорозом. Объем исследования включал 368 пациентов, 3828 единиц медицинских карт стационарных и амбулаторных пациентов с переломами костей от низкоэнергетической травмы. Единицами наблюдения были пациенты в возрасте 70 лет и старше.

Репрезентативность объема выборки вычислялась по общепринятой методике с известным и неизвестным числом генеральной совокупности.

Ретроспективному анализу были подвергнуты 22074 медицинских карт

стационарных больных Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии, 1882 - Чуйской областной объединенной больницы, журналы амбулаторного приема Городского амбулаторного травматологического центра, а также амбулаторные карты, клиничко-информационные формы Центров семейной медицины (ЦСМ) г. Бишкек с 2006-2010 гг.

Оценка факторов риска развития сенильного остеопороза проводилась на основании данных минеральной плотности костной ткани (МПКТ), полученных при обследовании на ультразвуковом остеоденситометре «SUN-LIGHT OMNISENS», на котором измеряются скорость и коэффициент затухания ультразвуковых волн, связанных с плотностью и качеством костной ткани. Для выявления наличия факторов риска развития остеопороза, кроме клинического обследования, был применен метод интервьюирования с использованием анкеты, основу которой составляет тест международного фонда остеопороза [www.iofbonehealth.org].

Прослеживалось состояние больных через год после перелома проксимального отдела бедра по следующим характеристикам: летальность, функциональная активность, психоневрологические нарушения. Изучение функционального состояния проводилось с использованием шкалы оценки двигательной активности у пожилых, состоящей из 3 - х разделов: “Общая устойчивость” (максимальное количество баллов - 24), “Походка” (0 - 16 баллов), “Степень нарушения общей двигательной активности (0 - 40 баллов), шкалы функциональных категорий ходьбы (Functional Ambulation Classification Scale (FAC), 0 - 5 категорий). Кроме этого были использованы элементы шкал физического и психического компонентов опросника качества жизни “The Short Form - 36». Проводился расчет финансовых затрат на проведение оперативного лечения больных с ППОБ.

Статистическая обработка полученных материалов включала в себя расчет и анализ экстенсивных, интенсивных показателей, показателей динамического ряда. Выявление взаимосвязи между факторами риска развития остеопороза у лиц в возрасте 70 лет и старше проводилось с использованием корреляционного и регрессионного анализов. Для расчета коэффициента корреляции применен метод квадратов. Критическим значением коэффициента корреляции по таблице значений коэффициентов корреляции г - Пирсона при имеющейся длине выборки и уровнем значимости 0,05 явилась величина 0,172. Относительный риск развития сенильного остеопороза характеризован через вычисление соотношения шансов. Репрезентативность результатов оценивалась определением ошибки репрезентативности, доверительных границ, критерия Стьюдента (t). Доверительная вероятность расчета интервалов была задана в размере р (p=95,0% и 99,9%).

В третьей главе представлены результаты собственных исследований

и их обсуждение.

В разделе 3.1 приведены данные по изучению тенденции распространенности остеопоротических переломов среди жителей г. Бишкек в возрасте 70 лет и старше.

За изучаемый период времени остеопоротические переломы имели экспоненциальный характер роста: заболеваемость в возрасте 70 лет и старше в 2006 году составила $2227,4 \pm 94,0$ на 100 000 населения, и этот показатель, нарастая, к 2010 году достиг величины $2699,7 \pm 103,4$ на 100 000 населения данного возраста ($p < 0,001$). Среди мужчин указанные переломы в 2006 году составляли $2147,5 \pm 92,6$, и в динамике за пятилетний период увеличились до $2641,5 \pm 102,6$ на 100 000 населения ($p < 0,001$). Показатель заболеваемости среди женщин в 2006 г. был равен $2261,1 \pm 94,8$ и, с тенденцией к нарастанию, в 2010 году он достиг величины $2726,0 \pm 104,2$ на 100 000 населения ($p < 0,001$) (рис. 1).



Рис. 1. Распространенность остеопоротических переломов (на 100 000 населения) среди пациентов в возрасте 70 лет и старше за 2006 - 2010 гг.

Частота остеопоротических переломов за изучаемый период в среднем составила $2469,2 \pm 98,8$: среди мужчин $2401,4 \pm 98,6$, среди женщин $2498,8 \pm 99,7$ на 100 000 населения.

Анализ показателей остеопоротических переломов у пациентов разного пола показал, что существенной статистической разницы между величинами мужского и женского полов не отмечается ($p > 0,05$). Величина остеопоротических переломов у лиц обоего пола в возрасте 70 лет и старше выравнивается.

В течении анализируемых лет тенденция к увеличению прослеживалась по всем локализациям остеопоротических переломов. В 2006 году переломы проксимального отдела бедра (ППОБ) составляли $636,9 \pm 92,4$, переломы запястья - $562,7 \pm 86,8$, позвонков - $235,9 \pm 56,8$, сгруппированные переломы остальной локализации - $791,9 \pm 103,0$ на 100 000 населения, постепенно увеличиваясь, к 2010 году ППОБ составили $728,7 \pm 94,4$, переломы запястья - $648,8 \pm 89,0$, позвонков - $298,3 \pm 60,4$, переломы остальной локализации - $1023,9 \pm 111,6$ на 100 000 населения изучаемого возраста ($p < 0,001$).

цип - $1023,9 \pm 111,6$ на 100 000 населения изучаемого возраста ($p < 0,001$).

Проведенный анализ динамики распространенности остеопоротических переломов с использованием показателей динамического ряда показал тенденцию к увеличению численности больных с остеопоротическими переломами в возрасте 70 лет и старше за период с 2006 по 2010 гг. (табл.1).

Таблица 1 - Динамика остеопоротических переломов среди лиц в возрасте 70 лет и старше в г. Бишкек за 2006 – 2010 гг.

№ п/п	Годы	Абсолютное число больных	Показатели динамического ряда			Показатель наглядности (%)
			Абсолютный прирост	Темп прироста (%)	Темп роста (%)	
1.	2006	661				
2.	2007	706	45	6,8	106,8	106,8
3.	2008	770	64	9,1	109,1	116,5
4.	2009	813	43	5,6	105,6	123,0
5.	2010	878	65	8,0	108,0	132,8

Темп роста остеопоротических переломов у лиц указанного возраста в 2008 году составил 109,1%, в 2010 г. - 108,0%. Темп прироста был равен в 2008 году 6,8%, в 2010 году - 8,0%. Показатель наглядности свидетельствует о том, что за исследуемый период число остеопоротических переломов с геометрической прогрессией выросло с 106,8% в 2007 году, до 132,8% в 2010 году.

Анализ динамики ППОБ по половой принадлежности показал тенденцию к росту показателей по обоим полам. Так, в 2006 году среди мужчин переломы указанной локализации составляли 624,9, женщин 641,9 на 100 000 населения. К 2010 г. данные показатели у мужчин выросли до 702,4, а у женщин - до 740,6 на 100 000 населения. Темп роста по указанным переломам по отношению к предыдущему году среди мужчин в 2007 году составил 109,0%, в 2010 году - 106,0%. Темп прироста переломов в 2007 году был равен 9,0%, в 2010 году, по сравнению с 2009 годом, - 6,0%. Среди женщин темп роста данных переломов в 2007 году был равен 106,0%, в 2010 - 105,1%. Темп прироста в 2007 году был равен 6,0%, в 2010 году, по сравнению с 2009 годом - 5,1%.

Динамика зарегистрированных в указанных организациях здравоохранения (ОЗ) переломов позвонков среди женщин также характеризуется тенденцией к прогрессивному росту. В 2006 году переломы указанной локализации среди женщин составляли 234,7, к 2010 году число увеличилось до 307,8 на 100 000 населения. Темп роста переломов по отношению к предыдущему году в 2007 году составил 116,3%, в 2010 г. - 104,5%. Темп прироста был равен в 2007 году 16,3%, в 2010 году, по сравнению с 2009 годом, - 4,5%. Среди мужчин динамика данных переломов имела волнообразное течение: в 2006 году составляли 238,6, в 2008 г. уменьшение до 200,9, а к 2010 году вновь отмечался подъем до 277,0 на 100 000 населения. В 2008 году, по сравнению с 2007 годом, отмечалось уменьшение до 200,9, а к 2010 году вновь отмечался подъем до 277,0 на 100 000 населения.

отношению к 2007 году, отмечалось снижение темпа роста до 86,4%; темп убытия составил 13,6%. Однако в последующие годы наблюдается увеличение этих показателей: темпа роста до 121,0% в 2009 году, 121,8% - в 2010 году. Переломы запястья и остальной локализации также имели тенденцию к увеличению.

Проведенный структурный анализ остеопоротических переломов показал, что в течение изучаемых лет преобладали ППОБ.

Таким образом, данное исследование позволило дать характеристику распространенности остеопоротических переломов среди жителей г. Бишкек в возрасте 70 лет и старше за период с 2006 по 2010 гг. с выделением четкой тенденции их прогрессивного роста.

В разделе 3.2 представлены данные по изучении основных факторов риска развития сенильного остеопороза.

По данным результатов исследования установлено, что среди лиц в возрасте 70 лет и старше низкие значения минеральной плотности костной ткани (МПКТ) и, следовательно, повышенный риск переломов имели 88,8% обследуемых. Показатели, соответствующие остеопорозу, имели 60,2% обследуемых, остеопении - 28,6%. Данные, характерные для нормы, были выявлены лишь у 11,2% обследуемых.

Установлена корреляционная связь между МПКТ и факторами риска развития остеопороза по методу квадратов (рис. 2).



Рис. 2. Корреляционная связь между МПКТ и факторами риска развития остеопороза у лиц в возрасте 70 лет и старше

Примечания:

1. женский пол;
2. наследственность;
3. курение;
4. низкая физическая активность;
5. дефицит витамина Д;
6. недостаток кальция;
7. ранняя менопауза;
8. низкий индекс массы тела.

Таблица 2 - Частота и относительный риск развития остеопороза, связанные с факторами риска у пациентов в возрасте 70 лет и старше

№ п/п	Факторы риска	МПКТ				t / p	OR	95% ДИ		
		Пизкая		Норма				минимум	максимум	
		Абс. число	(%)	Р+п	Р+п (%)					
		n = 133								
		МПКТ		Норма						
		Абс. число	(%)	Р+п	(%)	Р+п				
1.	Наследственность	34	94,4	25,6±3,6	5,6	1,5±0,3	6,3/<0,001	2,4	0,51	11,30
2.	Низкий ИМТ	26	96,3	19,5±2,9	3,7	0,7±0,1	8,9/<0,001	4,0	0,50	31,86
3.	Женский пол	113	93,4	85,0±2,4	6,6	6,0±1,0	46,7/<0,001	28,3	6,99	114,55
4.	Ранняя менопауза	23	100,0	-	-	-	-	1,7	0,08	35,13
5.	Недостаток кальция	76	88,4	57,1±4,6	11,6	7,5±1,3	8,7/<0,001	1,8	0,68	4,80
6.	Дефицит витамина Д	90	84,1	67,7±4,1	15,9	12,8±2,0	10,5/<0,001	6,2	2,45	15,70
7.	Низкая физическая активность	89	93,7	66,9±4,1	6,3	4,5±0,8	14,5/<0,001	5,3	1,77	15,88
8.	Курение	3	70,0	2,2±0,4	1	25,0	0,7±0,1	1,5	0,15	14,80
9.	Возраст старше 65 лет	118	88,7	88,7±1,9	15	11,3	43/<0,001	7,9	0,15	413,03

Примечания:

1. Р - иптенсивный показатель;
2. m - ошибка репрезентативности;
3. t - Критерий Стьюдента;
4. p - вероятность безошибочного прогноза;
5. OR - отношение шансов.

Анализ частоты низкой МПКТ и относительного риска развития сенильного остеопороза, связанных с факторами риска представлен в табл. 2.

Низкие показатели МПКТ выявлены у 93,4% пациентов женского пола. Частота встречаемости низкой МПКТ у женщин составила $85,0 \pm 2,4$ на 100 осмотренных, и они имели высокий относительный риск развития остеопороза (OR - 28,3; 95% ДИ 6,99; 114,55) ($p < 0,001$). Корреляционная связь между низкой МПКТ и женским полом оказалась равной $r=0,538 \pm 0,021$. У всех обследуемых лиц женского пола, имеющих в анамнезе раннюю менопаузу были зарегистрированы низкие показатели МПКТ. Следует отметить, что у 74,0% пациенток показатели МПКТ соответствовали остеопорозу, у 26,0% - остеопении. Относительный риск развития остеопороза у женщин с ранней менопаузой примерно наполовину выше (OR - 1,7; 95% ДИ 0,08; 35,13), по сравнению с категорией, не имеющей ее ($p < 0,001$). Взаимосвязь между низкой МПКТ и ранней менопаузой характеризовалась значением $r=0,154 \pm 0,029$.

У 80,5% пациентов выявлен дефицит витамина Д. Снижение костной массы было обнаружено у 84,1% пациентов с дефицитом витамина Д. Между низкой МПКТ и дефицитом витамина Д установлена корреляционная связь, равная $r=0,476 \pm 0,023$. Частота низкой МПКТ составила $67,7 \pm 4,1$ на 100 осмотренных, относительный риск развития сенильного остеопороза при дефиците витамина Д был высоким (OR - 6,2; 95% ДИ 2,45; 15,70) ($p < 0,001$).

В момент обследования у 71,4% обследуемых выявлено ограничение движений (физические упражнения, работа по дому). Только 28,6% пациентов отмечали регулярную физическую нагрузку в виде утренней зарядки или ежедневных прогулок не менее 30 мин. Частота встречаемости низкой МПКТ у лиц с ограниченной физической активностью равнялась $66,9 \pm 4,1$ на 100 осмотренных. У таких пациентов относительный риск развития остеопороза оказался выше в 5,3 раза по сравнению с лицами, имеющими значения МПКТ, соответствующим норме (OR - 5,3; 95% ДИ 1,77; 15,88). Коэффициент корреляции между низкой МПКТ и низкой физической активностью оказался равным $r=0,251 \pm 0,028$.

Отягощенная наследственность установлена, в основном, по линии матери или сестер, у которых были переломы, как правило, в пожилом возрасте, реже - по линии отца и детей (в основном, дочерей) (27,1%). Коэффициент корреляционной связи между низкой МПКТ и фактором наследственности составил $r=0,186 \pm 0,029$. Частота случаев низкой МПКТ у таких пациентов составила $25,6 \pm 3,6$ на 100 осмотренных, относительный риск развития остеопороза в 2,4 раза был выше (OR - 2,4; 95% ДИ 0,51; 11,30) по сравнению с лицами без отягощенной наследственности ($p < 0,001$).

Среди пациентов с недостаточным весом тела частота выявленности низкой костной массы была равна $19,5 \pm 2,9$ на 100 осмотренных; преобладающее значение было за счет остеопороза - 77,8%, и остеопении - 18,5%. Относительный риск развития сенильного остеопороза у таких пациентов также оказался повышенным (OR - 4,0; 95% ДИ 0,50; 31,86) ($p < 0,001$). Коэффициент корреляции между недостаточным весом тела и низкой МПКТ был равен $r=0,169 \pm 0,029$.

Недостаточное употребление кальция было установлено у 65,0% пациентов. Среди пациентов, недостаточно употреблявших кальций (продукты питания, лекарственные препараты), частота низких значений МПКТ составила $57,1 \pm 4,6$ на 100 осмотренных, сопровождающаяся повышенным (OR - 1,8; 95% ДИ 0,68; 4,80) относительным риском развития сенильного остеопороза и переломов костей ($p < 0,001$). Корреляционная взаимосвязь недостаточного употребления кальция и низкой МПКТ выражалась значением $r=0,160 \pm 0,030$.

Коэффициент корреляционной связи между МПКТ и курением составил $r=0,283 \pm 0,027$. Среди курящих пациентов относительный риск развития остеопороза в 1,5 раза оказался выше (OR-1,5; 95% ДИ 0,15; 14,80) по сравнению с некурящими лицами ($p < 0,001$).

Возраст старше 65 лет является значимым фактором риска развития остеопороза и остеопоротических переломов. Частота встречаемости низкой МПКТ у наблюдаемых пациентов, возраст которых равнялся 70 годам и старше, составила $88,7 \pm 1,9$ на 100 осмотренных; относительный риск развития остеопороза у лиц указанного возраста оказался высоким в 7,9 раз (OR - 7,9; 95% ДИ 0,15; 413,03) ($p < 0,001$).

Установлена достоверная связь низкой МПКТ со всеми факторами риска развития сенильного остеопороза путем расчета коэффициента множественной корреляции, который был равен 0,603, что свидетельствует о наличии хорошего уровня связи между низкой МПКТ и всеми факторами риска развития остеопороза. Расчетное значение критерия Фишера было равно 6,977, что значительно больше критического значения 1,21, указывающего также на значимую связь между МПКТ и факторами риска развития остеопороза.

При сравнительном анализе корреляционной связи между низкой МПКТ и факторами риска развития постменопаузального остеопороза установлено, что показатели коэффициента корреляции выше критического значения 0,172 (по таблице значений r - Пирсона) имелись в связи с недостаточным приемом кальция ($r=0,311 \pm 0,027$) и низкой физической активностью ($r=0,180 \pm 0,029$).

Значимыми явились коэффициенты корреляции остеопоротических

переломов у лиц в возрасте 70 лет и старше со склонностью к падениям ($r=0,599\pm 0,019$; OR-38,2; 95% ДИ 10,7; 136,31) и кифозом грудной клетки ($r=0,232\pm 0,029$; OR-3,7; 95% ДИ 1,67; 8,31). Показатель коэффициента множественной корреляции, равный 1,446, а также значение критерия Фишера - 26,075 свидетельствуют о наличии тесной связи переломов со всеми указанными факторами риска.

Проведенный анализ факторов риска падения показал, что у обследуемых пациентов факт падения более одного раза в год фиксировался у лиц со сниженной физической активностью, удельный вес которых равнялся 90,0%. Вестибулярные нарушения, сопровождающиеся ухудшением координации (вследствие соматических, психоневрологических заболеваний, приема лекарственных препаратов), имели 70,0% пациентов. Нарушения зрения, имеющиеся у 63,3% пациентов, также определяли склонность к падениям. У половины пациентов отмечались нарушения слуха, сна и выраженные когнитивные изменения, способствующие падениям.

Таким образом, значимая корреляционная связь МПКТ установилась с такими факторами риска развития остеопороза как женский пол, дефицит витамина Д, курение, низкая физическая активность, наследственность. Также значимыми оказались коэффициенты корреляции остеопоротических переломов со склонностью к падениям, кифозом грудной клетки. В свою очередь, анализ факторов риска падения показал, что у обследуемых пациентов преобладающую долю в падении составляют низкая физическая активность, вестибулярные расстройства и нарушения зрения.

В разделе 3.3.1 приводятся данные о медико-социальной оценке исходов ППОБ. По истечении одного года после ППОБ частота умерших составила $31,0\pm 4,6$ на 100 больных: среди женщин - $24,0\pm 4,5$, мужчин - $7,0\pm 1,6$ ($p<0,001$) (табл. 3).

Было установлено, что летальному исходу наиболее подверженными оказались больные, не получившие хирургического лечения. Среди умерших удельный вес больных, которым не было проведено необходимое оперативное лечение ППОБ, составил 77,4%, и только 22,0% - часть больных, получивших его.

Частота больных с выраженными нарушениями функциональной активности, вплоть до "прикованности" к постели, зависимости от посторонней помощи (FAC, 0), составила $18,0\pm 3,8$ на 100 больных: среди женщин - $16,0\pm 3,6$, мужчин - $2,0\pm 0,5$ ($p<0,001$). Ограниченная активность с умеренной степенью нарушения общей устойчивости (12-17 баллов) и походки (11-13 баллов) зарегистрирована с частотой $44,0\pm 4,9$ на 100 больных; среди женщин - $40,0\pm 4,8$, мужчин - $4,0\pm 0,9$ ($p<0,001$). Пациенты с полным восстановлением функции конечностей и двигательной активности (FAC, 5) составили $7,0\pm 1,6$ на 100 больных; среди женщин $2,0\pm 0,5$, мужчин - $5,0\pm 1,2$.

Существенной статистической разницы между показателями обоих полов не отмечалось ($p<0,05$).

Таблица 3 - Общая оценка состояния больных по истечению одного года после ППОБ (на 100 больных х)

№ п/п	Критерии оценки	n = 100						t / p
		Распределение по полу				Всего		
		Мужчины		Женщины		(%)	P±m	
1.	Умершие	38, 9	7,0±1, 6	29, 3	24,0±4, 5	31, 0	31,0±4, 6	3,5 <0,00 1
2.	Прикованность к постели	11, 1	2,0±0, 5	19, 5	16,0±3, 6	18, 0	18,0±3, 8	4,2 <0,00 1
3.	Ограниченная активность	22, 2	4,0± 0,9	48, 8	40,0±4, 8	44, 0	44,0±4, 9	7,5 <0,00 1
4.	Активность восстановлена	27, 8	5,0±1, 2	2,4	2,0±0,5	7,0	7,0±1,6	1,5 <0,05

Примечание:

1. P - интенсивный показатель;
2. m - ошибка репрезентативности;
3. t - Критерий Стьюдента;
4. p - вероятность безошибочного прогноза;
5. n - число наблюдений.

Среди больных с ограничениями ходьбы 29,5% больных могли перемещаться лишь в пределах квартиры, 70,5% больных могли выходить из дома, но с помощью поддержки посторонних лиц или вспомогательных средств (ходунков, костылей, тросточек) (FAC, 1-3, уровни 2-1, присмотр). Нарушения ходьбы в виде затруднения при подъеме по ступенькам было у 81,8% пациентов, ограничение ходьбы до 500 м испытывали 86,4%, болевое ограничение движений отмечалось у 54,5% больных. По данным исследования 73,9% больных не могли в достаточной степени обслуживать себя и нуждались в посторонней помощи.

Худшие результаты последствий ППОБ были у больных, которым не было проведено хирургическое лечение. Среди таких лиц, полного восстановления активности не отмечалось, выраженные нарушения двигательной активности (6-12 баллов), прикованность к постели (FAC, 0) было у 45,0%, умеренные нарушения общей устойчивости (11-17 баллов), походки (11-13 баллов) - у 55% больных.

При выяснении психологического состояния, страх падений и неизбежных переломов отмечался у более половины пациентов. Усиление когнитивных нарушений отмечалось в возрасте 70 -79 лет - у 76,7%, 80 - 89

лет - у 88,0%, 90 и более - у 100,0% человек. У части больных наблюдались проявления депрессивного состояния, вплоть до глубокой апатии с нежеланием в дальнейшем жить (13,0%).

На хирургическое лечение 65 больных с ППОБ для приобретения фиксирующих конструкций израсходовано, в среднем, 3 млн. 708 тыс. 300 сомов: эндопротезов (22 больным) - 3 млн.102 тысяч сомов, конструкций для остеосинтеза (43 больным) - 606 тыс. 300 сомов.

Таким образом, в результате проведенного исследования получены данные, свидетельствующие о высокой степени смертности, тяжести социальных последствий от перенесенного ППОБ, являющегося следствием сенильного остеопороза.

В разделе 3.3.2 представляется модель медико – социальной профилактики сенильного остеопороза.

Разработанная модель медико - социальной профилактики сенильного остеопороза представляет собой комплекс организационных мероприятий, в котором имеет место координированная работа органов власти, системы здравоохранения на различных уровнях, Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС), а также средств массовой информации (СМИ) (рис. 3).

На уровне оказания первичной медико – санитарной помощи (ПМСП) (ЦСМ/ГСВ) должна осуществляться большая часть практической работы. На первичное звено возлагается работа по идентификации и возможной модификации факторов риска, используя разработанные алгоритмы ранней диагностики сенильного остеопороза, отбора групп с риском остеопоротических переломов. Предусматривается индивидуализированный подход к профилактике, который будет осуществляться в «Школах остеопороза», открываемых при ЦСМ. Для придания направленности их деятельности предлагается разработанное нами положение о работе «Школы остеопороза», целью которой является повышение эффективности профилактики и лечения остеопороза путем активного, грамотного обучения пациентов. В организации, регулировании профилактических мероприятий предусматривается совместная работа семейных врачей и врачей кабинетов укрепления здоровья.

В структуре модели предусматривается введение «Центров/Кабинетов профилактики остеопороза», имеющих большое значение для практического здравоохранения. Центры/Кабинеты создаются на базе городских и областных ОЗ в качестве структурных подразделений.

Центры/Кабинеты будут вести организационно - методическую, диагностическую, лечебно - консультативную работу по остеопорозу, в том числе сенильному. Задачами Центра/Кабинета также будут анализ показате-

лей заболеваемости остеопорозом и его осложнений, организация профилактических мероприятий, обучающих семинаров по остеопорозу, участие в разработке клинических рекомендаций по остеопорозу, проведение научных исследований. Деятельность Центра должна быть направлена на внедрение современных методов диагностики, профилактики и лечения остеопороза.

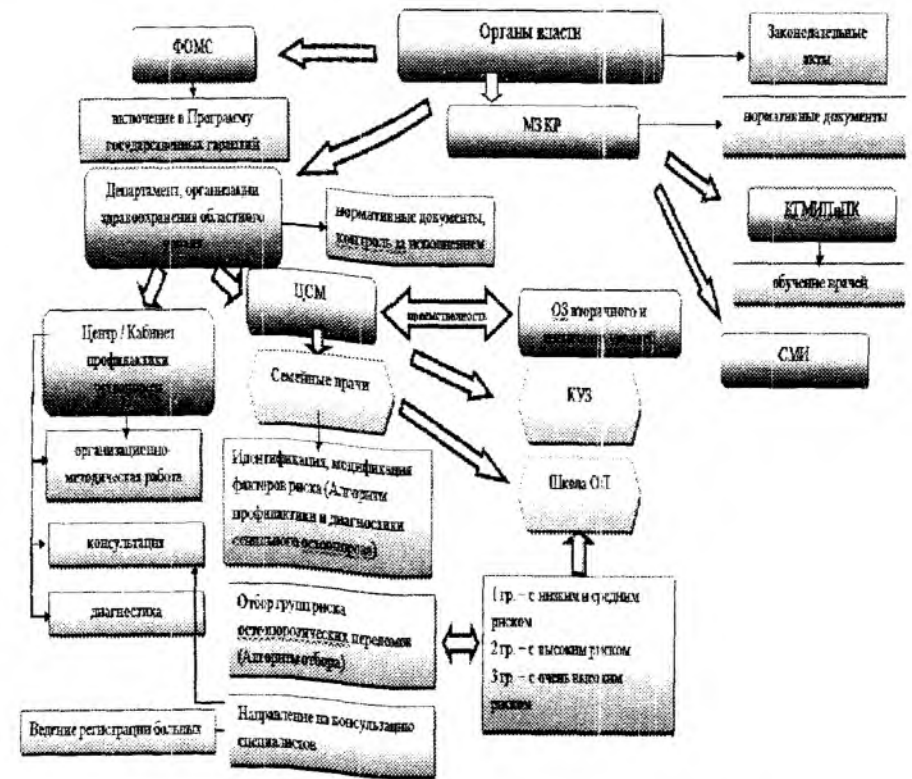


Рис. 3. Модель медико-социальной профилактики сенильного остеопороза

Главная роль в борьбе с остеопорозом отводится Министерству здравоохранения КР, которым должны инициироваться принятие нормативных документов, в том числе, программ по борьбе с остеопорозом, обеспечиваться материально - техническая база для диагностики болезни, факторов риска развития сенильного остеопороза, льготного предоставления лекарственных препаратов, хирургических конструкций, корсетов, протекто-

ров бедра. Предусматривается привлечение других органов власти, а именно Министерства социального развития в оказании помощи пожилым лицам, относящимся к малообеспеченным слоям населения. Подчеркивается роль ФОМС для включения больных сенильным остеопорозом, а также лиц с риском его развития в программу государственных гарантий.

Большое значение в профилактике сенильного остеопороза и его осложнений имеет обучение медицинского персонала в медицинских образовательных учреждениях, где должна предоставляться современная информация об остеопорозе, лечебно-профилактических мерах, как для врачей, так и для среднего медицинского персонала, включая работников медико-реабилитационной службы.

Учитывая распространенность болезни, необходимо активное использование СМИ, которое поможет широкому охвату населения профилактическими мероприятиями.

Предложенная модель, основанная на потребности практического здравоохранения в решении актуальной проблемы, связанной с сенильным остеопорозом и его осложнениями, предусматривает:

- внедрение комплекса мероприятий по оказанию медико-социальной помощи больным с сенильным остеопорозом;
- улучшение диагностики, профилактики и лечения больных сенильным остеопорозом;
- повышение уровня знания и практических навыков врачей ОЗ первичного уровня по ведению пациентов с сенильным остеопорозом;
- разработку и внедрение нормативных документов по профилактике и лечению больных сенильным остеопорозом, а также по оказанию им социальной помощи
- привлечение широкой массы населения в профилактике сенильного остеопороза и переломов;
- повышению качества и продолжительности жизни людей преклонного возраста.

В настоящее время разработанная модель реализуется на уровне оказания ПМСП, медицинских образовательных организаций, СМИ.

Таким образом, в данной работе рассмотрены медико-социальные аспекты сенильного остеопороза: определены основные факторы риска его развития, выявлена тенденция распространенности остеопоротических переломов, оценены последствия ППОБ, и предложен комплекс организационных мероприятий по профилактике сенильного остеопороза и ее осложнений.

ВЫВОДЫ

1. Распространенность остеопоротических переломов среди жителей г. Бишкек в возрасте 70 лет и старше за период 2006 - 2010 гг. имела тенденцию к прогрессированию. В среднем частота заболевания составила 2469,2 ± 98,8 на 100 000 населения; у мужчин 2401,4 ± 98,6, женщин 2498,8 ± 99,7. За исследуемый период темп остеопоротических переломов возрос на 132,8%. В структуре переломов преобладают переломы ППОБ.

2. В развитии сенильного остеопороза и остеопоротических переломов основными, прогностически значимыми, являются факторы риска: женский пол ($r=0,538 \pm 0,021$; OR - 28,3), дефицит витамина Д ($r=0,476 \pm 0,023$; OR - 6,2), курение ($r=0,283 \pm 0,027$; OR - 1,5), низкая физическая активность ($r=0,251 \pm 0,028$; OR - 5,3), наследственность ($r=0,186 \pm 0,029$; OR - 2,4). Значимыми явились коэффициенты корреляции остеопоротических переломов со склонностью к падениям ($r=0,599 \pm 0,019$; OR - 38,2), кифозом грудной клетки ($r=0,232 \pm 0,029$).

3. Тяжесть последствий ППОБ среди лиц в возрасте 70 лет и старше определяется высокой смертностью (31,0 ± 4,6 на 100 больных), значительным ухудшением функционального состояния человека, снижением качества его жизни (в посторонней помощи нуждалось 73,9% больных).

4. Результаты проведенных исследований явились основанием в создании модели профилактики, являющейся основой для оказания медико-социальной помощи больным с сенильным остеопорозом.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. На уровне Министерства здравоохранения

1.1. Учитывая актуальность проблемы сенильного остеопороза, связанную с широкой распространенностью заболевания, а также тяжелыми медико-социальными последствиями, для уменьшения страданий людей, сохранения здоровья населения Кыргызской Республики, рекомендуется разработать и внедрить нормативные документы, в том числе программу по профилактике сенильного остеопороза, инициировать принятие социальных программ по защите больных с переломами проксимального отдела бедра Министерством социального развития; способствовать внедрению предлагаемой модели медико-социальной профилактики сенильного остеопороза.

1.2. Рекомендуется создать материально-техническую базу для проведения диагностических, профилактических, лечебно-реабилитационных мероприятий. Совместно с Министерством социального развития, ФОМС предусмотреть возможность выделения социальных льгот для лиц старших возрастных групп.

1.3. Утверждение положения о Центре / Кабинете профилактики осте-

опороза и координация их деятельности.

2. На уровне оказания ПМСП в амбулаторных условиях и районных органов социального развития

2.1. Вести активную работу по идентификации и возможной модификации факторов риска развития сенильного остеопороза и остеопоротических переломов среди населения, руководствуясь алгоритмами по выявлению факторов риска и отбора групп с риском переломов костей.

2.2. В целях предупреждения падений, как главного фактора переломов костей у лиц старших возрастных групп, рекомендуется дифференцированно подходить в тактике ведения больных с сочетанием множества соматических болезней. комбинированным приемом различных лекарственных препаратов, влияющих на неврологический статус, состояние вестибулярного аппарата.

2.3. Для повышения уровня информированности населения о сенильном остеопорозе и остеопоротических переломах, а также о мерах их предупреждения как важного процесса, способствующего снижению распространенности заболевания и его осложнений, рекомендуется открытие "Школ по остеопорозу", активизировать работу кабинетов укрепления здоровья, а также активно использовать средства массовой информации.

2.4. Вести патронаж больных пожилого и старческого возраста, а также долгожителей с ППОБ.

3. На уровне других организаций здравоохранения

3.1. Для достижения положительных исходов ППОБ у больных сенильным остеопорозом рекомендуется широкое применение стандартов специализированной помощи больным с переломами шейки бедра, предусматривающее хирургическое лечение (в частности, эндопротезирование тазобедренного сустава) всем пациентам, причем в ранние сроки (первые дни) после травмы.

3.2. Рекомендуется организация центров профилактики остеопороза на базе областных и (или) городских лечебно-профилактических организаций, которые будут вести организационно-методическую, диагностическую, лечебно-консультативную работу по остеопорозу, в том числе сенильному.

4. На уровне медицинских образовательных организаций

4.1. С целью повышения квалификации врачей первичного звена здравоохранения по проблеме сенильного остеопороза рекомендуется разработать практическое руководство по профилактике и лечению сенильного остеопороза и остеопоротических переломов,

4.2. КГМИПиПК поддерживать уровень знаний семейных врачей по оказанию помощи пациентам с сенильным остеопорозом через систему непрерывного повышения квалификации медицинских работников.

Список научных работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Аманалиева, Ж.К. К проблеме остеопороза в Кыргызской Республике [Текст] / Ж.К. Аманалиева // Социология Медицины. - 2009. - № 2. - С. 173-176.

2. Аманалиева, Ж.К. К проблеме остеопороза у женщин постменопаузального периода [Текст] / Ж.К. Аманалиева // Социология Медицины. - 2009. - № 2. - С. 177-181.

3. Аманалиева, Ж.К. К вопросу сенильного остеопороза в Кыргызской Республике [Текст] / Ж.К. Аманалиева // Медицинские кадры XXI века. - Бишкек, 2012. - № 3. - С. 54-55.

4. Аманалиева, Ж.К. Сенильный остеопороз, переломы проксимального отдела бедра-медицинская и социальная проблема [Текст] / Ж.К. Аманалиева // Медицинские кадры XXI века. - 2012. - № 3. - С. 56-58.

5. Аманалиева, Ж.К. Тенденция распространенности остеопоротических переломов на фоне сенильного остеопороза среди жителей г. Бишкек / Ж.К. Аманалиева // Медицина Кыргызстана. - 2014. - № 2. - С. 75-78.

6. Аманалиева, Ж.К. Исходы переломов проксимального отдела бедра у больных сенильным остеопорозом в популяции жителей города Бишкек [Текст] / Ж.К. Аманалиева // Медицина Кыргызстана. - 2014. - № 3. - С. 43-46.

7. Аманалиева, Ж.К. Пути решения проблемы сенильного остеопороза в Кыргызской Республике [Текст] / Ж.К. Аманалиева // Наука и новые технологии. - 2014. - № 3. - С. 30-33.

8. Аманалиева, Ж.К. Факторы риска развития сенильного остеопороза и переломов костей [Текст] / Ж.К. Аманалиева // Наука и новые технологии. - 2014. - № 3. - С. 42-45.

9. Аманалиева, Ж.К. Ретроспективный анализ распространенности остеопоротических переломов среди населения г. Бишкек в возрасте 70 лет и старше [Текст] / Ж.К. Аманалиева // Известия ВУЗов. - 2014. - № 6. - С. 47-50.

10. Аманалиева, Ж.К. Перелом проксимального отдела бедра у больных сенильным остеопорозом [Текст] / Ж.К. Аманалиева // Медицинские кадры XXI века. - 2014. - № 1. - С. 46-48.

11. Аманалиева, Ж.К. Сенильный остеопороз: оценка состояние минеральной плотности костной ткани [Текст] / Ж.К. Аманалиева, Т.Ч. Чубаков // Поиск. - 2014. - № 3. - С. 60-65.

12. Аманалиева, Ж.К. Сенильный остеопороз: медико - социальные аспекты, комплекс профилактических мер [Текст]: учебно - методическое пособие / Ж.К. Аманалиева. - 2014. - 46 с.

Аманалиева Жыпаргүл Кыдыргычевнанын «Сенилдик остеопороздун медико – социалдык аспектери (Кыргыз Республикасынын Бишкек шаарынын мисалында)» аттуу 14. 02. 03 – коомдук саламаттык жана саламаттык сактоо адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын

КОРУТУНДУСУ

Түйүндүү сөздөр: сенилдик остеопороз, остеопороздук сыныктардын таралуусу, остеопороздун өнүгүүсүнөн сөөктөрдүн сыншына алып келүүчү факторлор, жамбаш сынгынын кесепеттери, сенилдик остеопорозду алдын алуунун медико – социалдык модели.

Изилдөөнүн максаты: Кыргыз Республикасынын тургундарында сенилдик остеопороздун өнүгүүсүнүн факторлорун аныктоо жана сенилдик остеопорозду алдын алуучу медико – социалдык уюштуруу иш – чараларынын комплексин иштеп чыгуу.

Изилдөөнүн ыкмалары: клиникалык, инструменталдык, эпидемиологиялык, статистикалык.

Изилдөөнүн натыйжалары: 2006 – 2010 жылдар аралыгында Бишкек шаарынын 70 жана андан улуу курактагы тургундарында остеопороздук сыныктардын таралуусу өсүү тенденциясында болгон. Сенилдик остеопороздун өнүгүүсүнүн факторлору болуп: аял затындагы Д витамининин жетишпестиги, чылым тегүү, физикалык активдүүлүктүн төмөндүгү, тукум куучулук кирет. Сөөк сыныктарынын факторлорун изилдөө алардын жыгылганга шартталышуусуна, көкүрөктүн кифозу, жада калса, сөөктүн минералдык тыгыздыгынан да маанилүү деп аныкталды. Оорулардын арасында өлүмдүн көбөйүүсү, адамдын функционалдык абалынын начарлоосу, жашоо шарттын төмөндөөсү 70 жаштан өткөн адамдардын жамбаш сынгынын кесепети деп аныкталат. Сенилдик остеопорозду алдын алуу боюнча медико – социалдык модель иштелип чыкты.

Илимий жаңылыгы: Бишкек шаарындагы 70 жана андан улуу курактагыларга остеопороздук сыныктардын таралуусунун динамикасын изилдөөгө алган алгачкы изилдөө. 70 жана андан улуу курактагыларга сенилдик остеопороз жана остеопороздук сыныктардын өнүгүүсүн алып келүүчү факторлорго комплекстүү баа берилген. Улгайган адамдардын травма алгандан бир жыл өткөндө кийин жамбаш сөөгү сынгандын кесепеттерине медико – социалдык баа берилген. Сенилдик остеопорозду алдын алуу боюнча медико – социалдык модель сунушталган.

Колдонулуучу жери: саламаттыкты сактоо

РЕЗЮМЕ

диссертации Аманалиевой Жыпаргүл Кыдыргычевны на тему “Медико-социальные аспекты сенильного остеопороза (на примере г. Бишкек Кыргызской Республики)” на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.03.- общественное здоровье и здравоохранение

Ключевые слова: сенильный остеопороз, распространенность остеопоротических переломов, факторы риска развития остеопороза, последствия переломов бедра, модель медико-социальной профилактики сенильного остеопороза.

Цель исследования: разработка медико-социальной профилактики сенильного остеопороза на основе комплексной оценки факторов риска его развития

Методы исследования: клинический, инструментальный, эпидемиологический и статистический.

Полученные результаты исследования: Распространенность остеопоротических переломов среди жителей г. Бишкек в возрасте 70 лет и старше за период 2006-2010 гг. имела тенденцию к прогрессированию.

В развитии сенильного остеопороза значимыми явились факторы риска: женский пол, дефицит витамина Д, курение, низкая физическая активность, наследственность. Изучение факторов риска переломов костей установило наличие значимой корреляционной связи со склонностью их к падениям, кифозом грудной клетки.

Тяжесть последствий ППОБ среди лиц в возрасте 70 лет и старше определяется высокой летальностью больных, значительным ухудшением функционального состояния человека, снижением качества его жизни. Разработана модель медико - социальной профилактики сенильного остеопороза.

Научная новизна: Впервые изучена динамика распространенности остеопоротических переломов в г.Бишкек среди лиц в возрасте 70 лет и старше. Дана комплексная оценка факторам риска развития сенильного остеопороза и остеопоротических переломов. Проведена медико - социальная оценка последствий переломов проксимального отдела бедра по истечению одного года после перенесенной травмы у лиц старшей возрастной группы. Предложена модель медико-социальной профилактики сенильного остеопороза.

Область применения: здравоохранение.

SUMMARY

of Amanalieva Zhyrgul Kydyrgychevna's dissertation on "Medical and social aspects of senile osteoporosis (case studies of Bishkek of Kyrgyz Republic)" for pursuing a degree of medical sciences candidate on 14.02.03. specialization of public health and health care.

Keywords: Senile osteoporosis, the prevalence of osteoporotic fractures, risk factors for osteoporosis, fractures, the consequences of hip fractures, the model of medical and social prevention of senile osteoporosis.

Purpose of research: Determination of risk factors for senile osteoporosis among residents of Kyrgyz Republic and development of complex arrangements of medical and social prevention of senile osteoporosis.

Research methods: clinical, instrumental, epidemiological and statistical.

Results of research: The prevalence of osteoporotic fractures among residents of Bishkek at age of 70 years and older for the period of 2006 to 2010 had a progressive tendency.

In development of senile osteoporosis there were significant risk factors such as female gender, vitamin D deficiency, smoking, low physical activity and heredity. The study of risk factors of fractures found out the presence of significant correlation to a tendency to fall and thoracic kyphosis, which is even more important than BMDs.

The severity of fractures of the proximal femur among those aged 70 years and older is determined by high mortality of patients, significant deterioration of functional human condition and decrease in life quality.

The model of medical and social prevention of senile osteoporosis is worked out.

Scientific novelty: It was the first time when the dynamics of osteoporotic fractures prevalence in Bishkek among those aged 70 years and older was studied. The complex assessment of risk factors of senile osteoporosis and osteoporotic fractures among people aged 70 years and older was done. The medical and social impact assessment of fractures of the proximal femur was conducted for older people after one year of getting injury. The model of medical and social prevention of senile osteoporosis was suggested.

Scope: health care.



Подписано к печати 26.01.2015 г.
Формат 60X84 1/16. Бумага офсет. Печать офсет.
Объем. 1.5 п.л. Тираж 100 экз.

г. Бишкек, ул. Раззакова, 49.
ЧП «Сарыбаев Т.Т.» т. 62-67-76
e-mail: talant550@gmail.com