

терапевтом. Все эти факты приводят к тому, что летальность после перелома бедра в России чрезвычайно высока и значительно превышает среднемировые показатели (20%). Данные по выживаемости пациентов с этим типом перелома в нашей стране неутешительны: смертность пациентов в возрасте 50 лет и старше за первый год после перелома составляла 23% в Иркутске и Электростали, 43,7% в Екатеринбурге и 51,8% в Хабаровске. Самая низкая летальность регистрируется в Ярославле, где все пациенты с переломом шейки бедра в обязательном порядке госпитализируются в стационар и в 85-90% случаев им проводится оперативное лечение.

По данным мировой статистики, летальность в течение года после этого типа перелома составляет от 13 до 27%. Уровень летальности, зарегистрированный среди жителей города Первоуральска, перенесших перелом бедра (40,4%) в 2 раза превысил показатели летальности в США и большинстве стран Европы.

Такая высокая летальность обусловлена, скорее всего, недостаточностью специализированной хирургической помощи пациентам с переломом бедра в стране в целом и на Урале в частности. Известно, что качество жизни пациентов и летальность существенно зависят от того, была ли им оказана хирургическая помощь.

Так, проведенное исследование показало, что оперируется только треть госпитализированных пациентов, причем оперативное лечение проводилось в среднем через 2 недели после поступления в стационар. На момент исследования не было выполнено ни одной операции эндопротезирования тазобедренного сустава, а остеосинтез проводился в отсроченном периоде.

Зарубежные данные свидетельствуют о том, что задержка оперативного лечения перелома бедра более 48 часов повышает риск 30-дневной смертности на 41%, и однолетней смертности на 32%.

Таким образом, повлиять на уровень смертности от переломов проксимального отдела бедра возможно только после изменения принципиального подхода к ведению таких пациентов. Необходим единый стандарт оказания помощи пациентам с переломом бедра и организация специализированной хирургической помощи таким пациентам.

КОРРЕЛЯЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ГОНАТРОЗА

А.В. Жиликов

Екатеринбургский Медицинский Центр, г. Екатеринбург

Введение. Обращение амбулаторных пациентов на первичный прием с жалобами на боль в коленных суставах составляет не менее 25% в практике участкового хирурга или терапевта. В основном это, как полные люди, что позволяет предположить у них наличие так называемого метаболического синдрома. Метаболический синдром представляет собой комплекс метаболических изменений, в основе которых лежит инсулинорезистентность – нарушение утилизации глюкозы периферическими тканями, что ведет к накоплению

висцеральной жировой ткани и веса. Ожирение давно уже рассматривается ортопедами как фактор риска развития остеоартроза коленных суставов, главным образом, с точки зрения их перегрузки. В настоящее время получены данные о взаимосвязи первичного остеоартроза и биохимических нарушений, характерных для метаболического синдрома. Также была выявлена взаимосвязь между дислипидемией и окислительным стрессом с эрозивными изменениями в хряще, ассоциации метаболического синдрома с более тяжелым поражением суставного хряща у пациентов с остеоартрозом, осложненным вторичным синовитом.

Цель исследования. Проведенное исследование является одномоментным. Целью его проведения было выяснение частоты встречаемости метаболического синдрома у пациентов с гонаррозом и корреляции между различными гормональными анализами и биохимическими показателями, используемыми клиницистами в рутинной практике.

Материал и методы. В исследование включено 29 пациентов, страдающих гонаррозом и имеющих избыточный вес. Все больные находились на обследовании и амбулаторном лечении в Екатеринбургском Медицинском Центре в период январь - март 2011 г.

Критерием отбора служили:

1. Наличие остеоартроза коленного сустава, установленного на основании диагностических критериев Американского ревматологического колледжа (Altman R, 1991).
2. Присутствие диагностических признаков метаболического синдрома, разработанных комитетом экспертов Национальной образовательной программы по холестерину (NCEP ATP III, 2001 г.).
3. ИМТ более 30,0

Критерии исключения:

1. Боли в коленных суставах, имеющие прямую связь с травмой или посттравматическими изменениями.

Всем пациентам проводили рентгенологическое и ультразвуковое обследование коленных суставов. Биохимическими методами определяли показатели крови: СРП, глюкоза, мочевиная кислота, АЛТ, АСТ, холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды, инсулин, С-пептид, лептин. Из дополнительных методов инструментальной диагностики применялось сонографическое исследование брюшной полости и сердца.

Для обработки данных и статистического анализа использовалась программа SPSS 10.0. Выяснилось, что средний возраст обратившихся мужчин – 47 лет, а женщин – 57. Коэффициент Стьюдента - 0,011. Методом кластерного анализа (two-step) предварительно все исследуемые были разделены на четыре возрастные группы. Средний возраст (30-40 лет), предпенсионный возраст (41-50 лет), пенсионный (51-60 лет), пожилые (старше 60 лет).

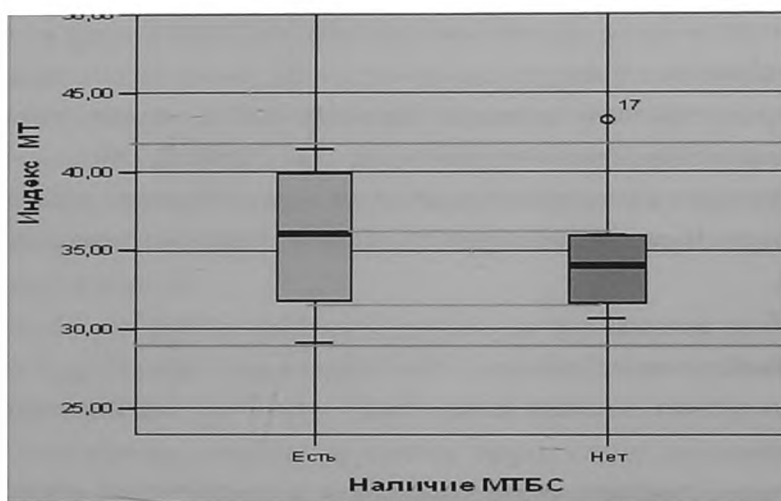
Результаты. Распределение пациентов, с выявленным гонаррозом, по полу получилось примерно поровну (45 и 55%). Преобладающее большинство (45%) – это женщины старше 50 лет, что соответствует результатам многих эпидемиологических исследований. Значительную группу (до 31%) представляют лица мужского пола в

возрастном интервале от 30 до 50 лет.

Распределение возрастных групп по индексу массы тела. Основной контингент (43,5%) имел первую степень ожирения, чаще всего это были женщины пенсионного и пожилого возраста. Вторая степень ожирения была только у лиц пожилого и пенсионного возраста. Третья степень ожирения представлена в основном мужчинами среднего возраста.

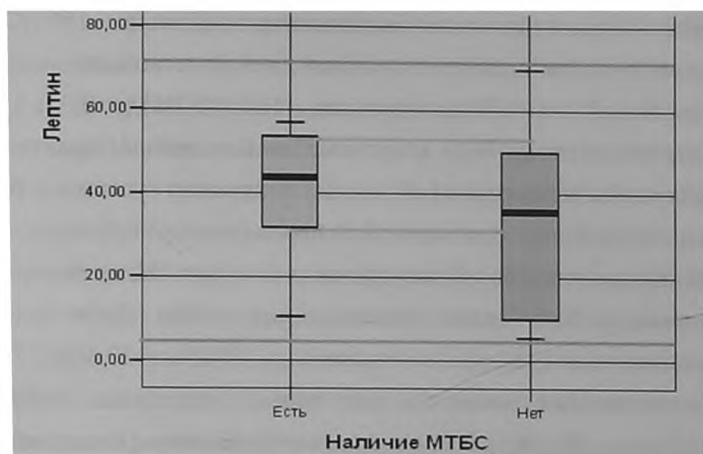
Одной из задач данного исследования было выявление частоты встречаемости метаболического синдрома, на основании критериев, разработанных комитетом экспертов Национальной образовательной программы по холестерину (NCEP ATP III, 2001 г.).

Клинические и лабораторные признаки метаболического синдрома присутствовали у 52% исследуемых. В данной группе распределение по возрасту выглядело следующим образом. В 50% случаев это пациенты до 40 лет, пожилые – 25 %, пенсионеры 8%. Интересно отметить, что доля пациентов, трудоспособных по возрасту составляет 67%.



Приведенная диаграмма блоксплот четко демонстрирует отсутствие прямой зависимости проявления метаболического синдрома в группах, сформированных по степени ожирения. Медиана находится примерно на одном уровне, а процентели – в одном диапазоне. То есть увеличение индекса массы тела не приводит к повышению частоты встречаемости метаболического синдрома.

Исследования по изучению корреляции между концентрацией лептина в сыворотке и степенью ожирения (а именно, определение индекса массы тела) продемонстрировали, что концентрация лептина повышена у пациентов, страдающих ожирением. Однако, как выяснилось в ходе нашего исследования, прямой связи между уровнем лептина и частотой проявлений метаболического синдрома нет.



На приведенной диаграмме медианы и процентилю обеих групп находятся в одном диапазоне. То есть повышение уровня лептина не соответствует повышению вероятности проявления метаболического синдрома.

Таким образом, наши данные подтверждают, что лептин вовлечен в патогенез артроза и влияет на метаболизм хряща как провоспалительный цитокин с последующим катаболическим влиянием на хрящ. Эффекты лептина в сочетании с механической нагрузкой (ожирением), вызывают активизацию механорецепторов на поверхности хондроцитов, и возможно, являются самыми серьезными факторами, участвующими в развитии гонартроза.

НЕЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫЕЗДНОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ОСТЕОАРТРОЗОМ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Н.Н. Крохина, А.Г. Закроева

ГБОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург

Цель исследования. Оценить эффективность консультативной специализированной ревматологической помощи больным остеоартрозом (ОА), проживающим в сельской местности, на основе анализа динамики клинических проявлений и качества жизни после выездных консультаций ревматолога.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование среди 189 сельских жителей 10 населённых пунктов Невьянского района Свердловской области, которым ранее при одномоментном популяционном исследовании был выставлен диагноз остеоартроза. Все пациенты на момент диагностики были проконсультированы ревматологом областного ревматологического центра, всем даны стандартные рекомендации по лечению. Повторные осмотры ревматологом проведены через 6 мес. и 1 год. Оценивались клинические проявления остеоартроза, лечение, проводимое пациентом, а также качество жизни по анкете SF-36.