

УДК 616.71-007.234:615.777.12

М.М. САПАРБАЕВА, Б.Г. ИСАЕВА

Қазақ Ұлттық медициналық университет, Алматы қ.

ЙОД ТАПШЫЛЫҚТЫ АЙМАҚТАҒЫ ОСТЕОАРТРОЗБЕН НАУҚАСТАРДАҒЫ СҮЙЕК ТІНІНІҢ ЖАҒДАЙЫ

Бұл мақалада йод тапшылықты аймақта тұратын остеоартрозбен науқастардың сүйек тінінің минеральды тығыздығының төмендеуінің көрсеткіштері және остеопороз дамуының негізгі қауіп – қатер факторлары көрсетілген.

Негізгі сөздер: остеоартроз, остеопороз, сүйек тінінің минералды тығыздығы.

Остеоартроз (ОА) және остеопороз (ОП) адамдарда кең тараған ауруларға жатады. Екі ауру да тұрғындардың денсаулығының бұзылуында айтарлықтай әсерін тигізіп, ерте мүгедектікке және өмір сапасының, тіпті өмір сүру ұзақтығының төмендеуіне әкеледі.

ОА заманауи көзқарас бойынша метаболиттік ауру, буындар (шеміршек құрылымдары) ғана зақымданып қоймай, сонымен бірге сүйек тіні де зақымданады [1, 2, 3]. Бұл патологияда сүйек тінінің минеральды тығыздығының (СТМТ) қалыпты немесе тіпті жоғарылауы байқалады. Бірақ ОА СТМТ төмендеген көрсеткіштерімен қатар болатын пациенттер де кездеседі. Соңғы жылдары субхондральды сүйекте кездесетін өзгерістер біріншілік болып, шеміршек дегенрациясын шақыруы мүмкін деген теория пайда болды [4, 5, 6, 7]. Бұл үрдісті түсіндіретін гипотеза: субхондральды сүйектің қабынуға дейінгі цитокиндерді көп мөлшерде өндіріп, жанындағы шеміршекке еніп, шеміршек тінінің дегенрациясын шақырады [8].

Қазақстан Республикасының (ҚР) 2000 – 2004 жылдардағы статистикалық мәліметтері бойынша ересектердің жалпы аурушылдығы +18,3% өссе, ал сүйек бұлшық ет жүйесінің аурулары (СБЖА) +15,5% ға артқан. Ал артроздар өсуінің динамикасы айқын болды (+44,4%) (кесте 1).

Кесте 1 – ҚР ересек тұрғындарының жалпы аурушылдық көрсеткіштері

Жылдар	Ересектер		
	Барлығы	СБЖА	Артроздар
2000	7919424	445575	57630
2001	8168812	458971	65622
2002	9044808	527670	76197
2003	9123985	492321	74774
2004	9371889	514653	83236
Өсу динамикасы (%)	+18,3	+15,5	+44,4

2004 жылдан бастап СБЖА бөлімінде коксартроз және гонартроз мәліметтері көрсетіле бастады. Кестеде саны бойынша гонартроздар басым болғанымен, 2004-2009 жылдарда коксартроздар өсу динамикасы жоғары 35,8% (+110,2%) (кесте 2).

Кесте 2 – ҚР ересек тұрғындарының жалпы аурушылдық көрсеткіштері

Жылдар	Ересектер			
	Барлығы	СБЖА	Коксартроз	Гонартроз
2004	9371889	514653	3677	14761
2005	9504630	519780	4335	15877
2006	9801049	503370	6653	21717
2007	10040827	518445	7767	24803
2008	10257795	524763	7926	24635
2009	10506217	550784	7729	25751
Өсу динамикасы (%)	+12,1	+7,02	+110,2	+74,4

Зерттеу мақсаты

Йод жетіспеушілікті аймақтағы ОА науқастардағы СТМТ

төмендеуінің жиілігін және ОП дамуының негізгі қауіп – қатер факторларын анықтау

Материал және әдістер

Алматы және Алматы облысында тұратын ОА 70 науқас зерттелді, жастары 21 ден 64 жас аралығында К. Altman (1996) бойынша. Зерттелді: тиреоидты гормондар дәрежесі, қалқанша безді ультрадыбыстық зерттеу, тізе буындарының рентгенографиясы Kellgren-Lawrence бойынша, СТМТ қосэнергетикалық рентгендік денситометр «NORLAND XR-46» (АҚШ) көмегімен. ОА ауырлығын альго функциональды Лекен индексі көмегімен (ЛФИ) (баллмен), ал ауырсыну синдромын мм Визуальды аналогты шкаламен (ВАШ).

Нәтижелер

ОА науқастар қалқанша безінің қызметінің бұзылуына қарай екі топқа бөлінді: біріншілік ОА (26 науқас) және қалқанша безінің қызметінің бұзылысы бар екіншілік ОА (44 науқас) – эутирез және гипотиреоз сатысында.

Кесте 3 – ОА науқастардың сипаттамасы (абс. с.%)

Белгісі		Науқастар топтары	
		Біріншілік ОА (1-і топ)	Екіншілік ОА (2-і топ)
Барлық науқастар (n=70)		26 (37,1%)	44 (62,9%)
Жынысы:	ер (n=9)	4 (44,4%)	5 (56%)
	әйел (n=61)	22 (36,1%)	39 (63,9%)
Орташа жасы (жылдар)		47,6±1,9 жас	41,2±1,6 жас*
Аурудың ұзақтығы, жылдар			
5 жылға дейін		14 (38,9%)	22 (61,1%)
6-10 жыл		9 (42,8%)	12 (57,2%)
10 жылдан көп		3 (23,1%)	10 (76,9%)
Формасы:			
локализацияланған		17 (66,6%)	13 (43,4%)
жайылмалы		9 (22,5%)	31 (77,5%)*
Сатысы:	I	15 (47,6%)	22 (52,4%)
	II	11 (23,1%)	20 (76,9%)
	III	-	2 (100%)
Синовит		9 (25,0%)	27 (75,0%)
ЛФИ:		9,26±0,84	10,57±0,88
Жеңіл ОА		4 (15,3%)	1 (2,3%)
Орташа ОА		7 (26,9%)	11 (25%)
Ауыр ОА		9 (34,6%)	17 (38,6%)
Ауырлау тяжелей		-	4 (9,09%)
Өте ауыр		6 (23,1%)	11 (25%)

Екертү: * – p<0,05, ** – p<0,001

Гонартроздың ауырлығы аурудың рентгенологиялы сатысы артқан сайын артып отырды (p<0,001).

СТМТ төмендеуі барлық науқастардың 39 (56%) да анықталды: остеопения 25 (36%), ОП – 14 (20%) (кесте 4). 5 кестеде екіншілік ОА науқастардағы СТМТ көрсетілген.

Ал жасқа байланысты СТМТ келетін болсақ, 45 жастан жоғарыларда СТМТ төмендеуі басым.

Кесте 4 – ОА науқастардың СТМТ көрсеткіштері

Көрсеткіш	Барлығы 70 абс/%	Науқастар саны	
		(I топ) n-26 абс/%	(II топ) n-44 абс/%
Қалыпты	31 (44%)	12 (46%)	19 (43%)
Остеопения	25 (36%)	11 (43%)	14 (32%)
Остеопороз	14 (20%)	3 (11%)	11 (25%)

Кесте 5 – Қалқанша безінің қызметінің бұзылысы бар пациенттердегі СТМТ көрсеткіштері:

Көрсеткіш	Эутиреоз фазасында n-17 абс/%	Гипотиреоз фазасында n-27 абс/%
Қалыпты	10 (59%)	9
Остеопения	6	8
Остеопороз	1	10

Кесте 6 – Жасқа байланысты СТМТ көрсеткіштері

Көрсеткіш	20-30 n-10	31-40 n-11	41-50 n-25	51-63 n-24
Қалыпты	8 (80%)	7 (64%)	10 (40%)	6 (25%)
Остеопения	2 (20%)	3 (27%)	10 (40%)	10 (42%)
Остеопороз		1(9%)	5 (20%)	8 (33%)

Кесте 7 – ОА формасына қарай СТМТ көрсеткіштері

Көрсеткіш	Локализацияланған формасы, n-30 абс/%	Жайылмалы формасы, n-40 абс/%
Қалыпты	23 (77%)	8 (20%)
Остеопения	5 (17%)	20 (50%)
Остеопороз	2 (6%)	12 (30%)

СТМТ төмендеуі ОА жайылмалы түрінде жиі кездесті. Ол төмендегі кестеде көрсетілген.

Қорытынды

Қалқанша безінің дисфункциясы бар науқастарда ОА ерте жаста басталумен, жайылмалы түрінің басым болуымен, синовиттердің жиі кезеуімен, СТМТ ерте төмендеуімен сипатталады, әсіресе гипотиреоз фазасында, тиреоиды гормондар қабылдайтындарда. ОА науқастарда остеопороздың дамуының маңызды қауіп – қатер факторлары жасы, ОА жайылмалы түрі, оның ішінде түйінді түрі және буындардың функционалды жетіспеушілік дәрежесі болып табылады. Сондықтан йод тапшылықты аймақта ОА науқастарда қалқанша бездің қызметін анықтаған жөн.

ӘДЕБИЕТТІҢ ТІЗБЕСІ

- 1 Cremer P., Hochberg M.C. Osteoarthritis // Lancet. – 1997. – №350. – С. 503-508.
- 2 Felson D.T., Lawrence R.C., Dieppa P.A. et al. Osteoarthritis: new insights, part 16 the disease and its risk factors // Ann. Intern. Med., 2000, 133.635-646.
- 3 Brandt K.D., Doherty M., Lohmander L.S. et al. // Oxford Univ Press. Osteoarthritis. – 1999.
- 4 Hilal G, Martel-Pelletier J, Pelletier JP, et al. Abnormal regulation of urokinase plasminogen activator by insulin-like growth factor 1 in human osteoarthritic subchondral osteoblasts // Arthritis Rheum 1999;42:2112–2
- 4 Westacott CI, Webb GR, Warnock MG, et al. Alteration of cartilage metabolism by cells from osteoarthritic bone // Arthritis Rheum 1997;40:1282–91
- 5 Westacott CI, Webb GR, Elson CJ. Cells from osteoarthritic bone produce enzymes which degrade cartilage // Trans Orthop Res Soc 1998;23:919
- 6 Burr DB, Schaffler MB. The involvement of subchondral mineralized tissues in osteoarthritis: quantitative microscopic evidence // Microsc Res Tech 1997;37(4):343–57
- 7 Lajeunesse D, Massicotte F, Pelletier JP, Martel-Pelletier J. Subchondral bone sclerosis in osteoarthritis: not just an innocent bystander. Mod Rheumatol 2003;13:7–14

РЕЗЮМЕ

М.М. САПАРБАЕВА, Б.Г. ИСАЕВА

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ В ЙОД ДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ

В данной статье даны показатели снижения минеральной плотности костной ткани и основные факторы развития остеопороза у больных остеоартрозом в регионе йодного дефицита.

SUMMARY

M.M. SAPARBAEVA, B.G. ISAEVA

*Kazakh national medical university
n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c.*

BONE HEALTH IN PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS IN IODINE DEFICIENT REGION

This article shows indicators for reduction of bone mineral density and the main factors for osteoporosis in patients with osteoarthritis in the region of iodine deficiency.

УДК 616.12-008.331.1-08:615.225.2

М.Ж. ТОХТАСУНОВА

Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, г. Алматы

АНТАГОНИСТЫ КАЛЬЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Основным направлением первичной профилактики инсульта при АГ является достижение целевых уровней АД. Результаты проведенного нами исследования показали, что производное дигидропиридина – антагонист кальция III поколения является эффективным и безопасным лекарственным препаратом в лечении больных АГ I-II ст., риск 2-3.

Ключевые слова: артериальная гипертония, блокаторы кальциевых каналов, эффективность и переносимость производного дигидропиридина – блокатора «медленных» кальциевых каналов (БМКК) III поколения.

Артериальная гипертония (АГ) в Республике Казахстан, как и в других странах, является важнейшей не только медицинской, но и социальной проблемой. Это обусловлено высоким риском сердечно-

сосудистых осложнений, выраженной распространенностью и неадекватностью контроля за уровнем артериального давления (АД). Несмотря на то, что целевые уровни артериального давления (АД) определены и в руках