

лактического шока, в виде инфекционно-токсического конфликта – в 7.

Из общего числа врачей, у которых были обнаружены дефекты в оказании медицинской помощи в стационаре, преобладали хирурги, акушеры-гинекологи. Для анестезиологов-реаниматологов, педиатров, инфекционистов характерны только дефекты в лечении.

Анализ рецензируемых случаев позволил сделать следующие заключения: 46 случаев расценены как несчастный случай, 3 – независимо от мнения эксперта расценены как деонтологическая ошибка, 4 – отнесены к врачебной ошибке и 17, несмотря на отнесение их к несчастному случаю, расцениваются дополнительно как критический инцидент.

Выводы и заключение. Проведенный анализ показал, что в структуре дефектов медицинской помощи на догоспитальном этапе преобладали дефекты диагностики, которые составили почти половину случаев от общего числа проведенных экспертиз. Несмотря на проведенное деление дефектов, необходимо отметить, что в большинстве случаев они встречались в сочетании: неполнота обследования вела к неправильному или несвоевременному установлению диагноза и,

следовательно, к неадекватному или запоздалому лечению.

Среди дефектов диагностики наблюдались: недооценка тяжести состояния больного, недооценкаотягчающего преморбидного фона, поздняя диагностика как основного заболевания, так и текущего осложнения. Среди врачей различных специальностей, у которых были выявлены дефекты в оказании медицинской помощи, преобладали педиатры, акушеры-гинекологи, хирурги и врачи скорой помощи.

Анализ дефектов, допущенных на госпитальном этапе лечения, показал, что в отличие от догоспитального этапа, преобладали дефекты лечения. Из общего числа врачей, у которых допущены дефекты в оказании медицинской помощи в стационаре, преобладали хирурги, акушеры-гинекологи. Для анестезиологов-реаниматологов, педиатров характерны дефекты в лечении.

По мнению ряда авторов [1-3; 5, 6], для предотвращения дефектов оказания медицинской помощи необходимо соблюдение следующих ключевых позиций: 1) безупречное проведение тактики лечения, его стандартов, правил и инструкций, сохранение врачебной тайны; 2) правильное составление всех видов документации; 3) надлежа-

щее объективное информирование пациента; 4) высококвалифицированное клиничко-экспертное заключение комиссии по оценке качества медицинской помощи.

Литература

1. **Быховская О.А.** Дефекты оказания медицинской помощи в условиях крупного города и их судебно-медицинская оценка: Автореф. дис. ...канд.мед. наук.-СПб., 2002.-20с.
2. **Гордеев В.И., Александрович Ю.С.** Педиатрическая анестезиология-реаниматология. - СПб., 2004.-408 с.
3. **Пашинян Г.А., Жаров В.В., Ромодановский П.О.** Правовые основы деятельности врача в современных социально-экономических условиях // Суд.-мед. эксперт. -2002. -№2. -С.4-6.
4. **Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В.** Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. - М.; Иваново, 2001. - 288 с.
5. **Томилин В.В., Соседко Ю.И.** Судебно-медицинская оценка дефектов оказания медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Российской Федерации // Суд.-мед. эксперт. - 2000. - № 1. - С. 3-7.
6. **Томилин В.В., Соседко Ю.И.** Обоснование основных понятий дефектов оказания медицинской помощи // Там же. - 2000. - № 6. - С. 4-8.

А.Н. Комиссаров, Г.А. Пальшин

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА У ЖИТЕЛЕЙ г. ЯКУТСКА

Цель исследования. Анализ медико-социальных последствий переломов проксимального отдела бедренной кости, связанных с остеопорозом, для научного обоснования необходимости создания регионального Центра профилактики и лечения ОП.

Материал и методы. По материалам ортопедо-травматологического отделения и травматологического пункта РБ №2 – ЦЭМП изучены особенности эпидемиологии переломов проксимального отдела бедренной кости на фоне остеопороза среди жителей г. Якутска 50 лет и старше, получивших перелом с января 1997 по декабрь 2001 г.

Из зарегистрированных 395 случаев переломов проксимального отдела бедренной кости (МКБ10 S72.0 - S72.1) выделены 356 (90,1%), возникших при минимальной травме, то есть при падении с высоты собственного роста, и спонтанных как связанных с остеопорозом.

Отдаленные исходы переломов у пациентов и исходы лечения у оставшихся в живых проследили через 1 и 2 и в целом за 2 года. Показатели летальности рассчитывались в процентах от общего числа прослеженных пациентов.

Результаты. Выявленные высокая летальность, превышающая популяционный показатель смертности в той же возрастной группе в 7,2 раза (у мужчин в 4,1, у женщин в 9,5, $p < 0,001$), и резкое ухудшение качества жизни, проявляемое в значительном ограничении двигательной и социальной активности, обусловлены главным образом остеопорозом, который является основной причиной переломов бедра (90,1%). Выявленные результаты свидетельствуют о необходимости открытия регионального Центра профилактики ОП.

КОМИССАРОВ Анатолий Николаевич – к.м.н., главный травматолог-ортопед МЗ РС(Я), зав. отделением РБ №2-ЦЭМП;
ПАЛЬШИН Геннадий Анатольевич – д.м.н., проф., гл. травматолог Дальневосточного федерального округа.

Aim. To analyse medical and social sequences of fractures in femoral proximal section associated with osteoporosis for grounding scientifically the necessity of foundation of the regional Centre of OP prophylaxis and therapy.

Material and methods. Epidemiologic peculiarities of fractures in femoral proximal section on the background of osteoporosis in Yakutsk were studied on the basis of

data such as case reports, ambulatory cards, patient's registers from the orthopedic-traumatologic department and traumatologic centre within RH №1 – Centre of Urgent Medical Care. Subjects were people aged 50 and older with fractures addressed from January 1997 till December 2001.

356 cases (90,1%) of the all registered 395 fractures in femoral proximal section (S72.0 – S72.1) were described as minimal traumas, i.e. when falling from small height, and spontaneous ones as associated with osteoporosis.

Remote outcomes of fractures and therapeutic outcomes in alive patients were subjected to recontrolling in 1 and 2 years and 2 years in the whole. Fatal outcomes were counted in percentage of the whole number of controls.

Results. Detected high lethality exceeding the population's death rate among the same age-group 7,2 times (4,1 in men and 9,5 in women, $p>0,001$) and sharp deterioration of living quality revealed itself in limiting motor and social activity are conditioned by osteoporosis namely as the basic cause of femoral fractures (90,1%). The results detected testify to the necessity of founding the regional Centre of OP prophylaxis.

Введение. Остеопороз является самым распространенным и социально значимым метаболическим заболеванием скелета, при котором происходит снижение массы костной ткани и нарушение ее микроархитектоники, что повышает риск переломов [3]. Наиболее грозным последствием остеопороза являются переломы бедра, число которых неуклонно растет по всему миру [6,11]. Смертность при переломах шейки бедренной кости достигает 12–40%, а половина выживших больных остается инвалидами [3].

По тяжести переломы проксимального отдела бедренной кости коррелируют с инфарктом миокарда из-за выраженного болевого синдрома и длительной обездвиженности больных [1], что приводит к резкому снижению качества жизни и депрессии [10]. По стоимости же они являются самыми затратными. Так, расходы на лечение и реабилитацию больных с переломами шейки бедра составляют до 85% всех расходов на остеопороз [10].

ВОЗ отмечена «необходимость разработки глобальных стратегий в отношении остеопороза» по 3 основным направлениям: профилактика, лечение и контроль [10]. Приоритетность проблемы остеопороза для здравоохранения России отражена в приказе МЗ РФ № 239 от 11. 08. 1997 г. «Об организации центров профилактики остеопороза». На базе НИИ ревматологии РАМН был создан Федеральный Центр профилактики остеопороза Минздрава России. В настоящее время повсеместно разрабатываются национальные и региональные программы профилактики остеопороза, в некоторых регионах России, исходя из местных потребностей, создаются региональные центры.

Потеря костной массы, лежащая в основе заболевания, происходит постепенно, скрытно, и проходят иногда многие годы, прежде чем остеопороз манифестирует переломами. В связи с этим многие авторы называют остеопороз безмолвной эпидемией [3,7]. Одной из причин роста заболеваемо-

сти является общая тенденция старения населения [3]. Рост удельного веса числа пожилых людей в структуре населения отмечается и в Республике Саха (Якутия) на фоне уменьшения численности населения за последние годы [8].

Цель исследования. Анализ medico-социальных последствий переломов проксимального отдела бедренной кости, связанных с остеопорозом (ОП), для научного обоснования необходимости создания регионального Центра профилактики и лечения ОП.

Материал и методы. Это исследование является частью нашей работы по изучению особенностей эпидемиологии переломов проксимального отдела бедренной кости на фоне остеопороза, проведенной в г. Якутске среди жителей в возрасте 50 лет и старше, получивших перелом с января 1997 г. по декабрь 2001 г. Информация получена из медицинской документации единственных в городе ортопедо-травматологического отделения и травматологического пункта Республиканской больницы №2 – Центра экстренной медицинской помощи: историй болезни, амбулаторных карт, журналов регистрации больных.

Из зарегистрированных 395 случаев переломов проксимального отдела бедренной кости (МКБ10 S72.0 – S72.1)

выделены 356 переломов (90,1%), возникших при минимальной травме, то есть при падении с высоты собственного роста, и спонтанных как связанных с остеопорозом. Средняя численность населения г. Якутска за 5 лет исследуемого периода составила 229,3 тыс. чел. (106,8 тыс. мужчин и 122,5 тыс. женщин). Данные о численности населения г. Якутска в возрастном и половом распределении получены в Республиканском Управлении статистики Госкомстата РФ и в Комитете здравоохранения мэрии г. Якутска.

Отдаленные исходы переломов проследили через 1 год у 302 (71 мужчина и 231 женщина), через 2 года – у 202 (48 мужчин и 154 женщины) и в целом за 2 года – у 275 (63 мужчины и 212 женщин) пациентов. Показатели летальности рассчитывались в процентах от общего числа прослеженных пациентов за первый и второй годы, а также за 2 года наблюдения в целом (табл. 1).

Исходы лечения у оставшихся в жи-

Таблица 1

Прослежено больных за 2 года наблюдения

Число пациентов	I год	II год	За 2 года
На начало срока наблюдения	356	229	356
Сменили место жительства	54	27	81
Прослежено	302	202	275
Из них живых	229	169	169
умерших	73	33	106

Карточка наблюдения

ФИО _____
 Пол _____ Возраст _____
 Домашний адрес _____ Телефон _____
 Диагноз _____
 Дата травмы _____
 Дата осмотра (беседы) _____
 Где? (на дому, в поликлинике, в больнице, по телефону) _____
 Жалобы _____
 Боли: (есть, нет). Если есть: (при нагрузке, периодически в покое, постоянно).
 Ходит: (да, нет). Если да: (самостоятельно, с помощью костылей, трости)
 Двигается (только по квартире, выходит из дома) _____
 Нуждается в постороннем уходе (да, нет) _____
 Наблюдается ли в ЛПУ _____
 Инвалидность: нет, есть (группа) _____
 Получил повторный перелом (какой кости, когда) _____
 Скончался (ась). Дата _____
 Причина смерти _____

Таблица 2

Сравнение популяционной летальности мужчин и женщин старше трудоспособного возраста* и летальности больных того же возраста при переломах проксимального отдела бедренной кости в г. Якутске

Год		1997	1998	1999	2000	2001	В среднем
Численность насел. города в популяции	МЖ	25139	25508	25877	26170	26811	25901
	М	6929	7472	7901	8081	8240	7725
	Ж	18210	18036	17976	18089	18571	18176
Из них умерло, абс. (%)	МЖ	1088 (4,3±0,1)	1093 (4,3±0,1)	1234 (4,8±0,1)	1196 (4,6±0,1)	1204 (4,5±0,1)	1163 (4,5±0,1)
	М	485 (7,0±0,3)	491 (6,6±0,3)	568 (7,2±0,3)	557 (6,9±0,3)	554 (6,7±0,3)	531 (6,9±0,3)
	Ж	603 (3,3±0,1)	602 (3,3±0,1)	666 (3,7±0,1)	641 (3,5±0,1)	650 (3,5±0,1)	632 (3,5±0,1)
Число больных старше трудоспос. возраста	МЖ	50	45	60	79	92	65
	М	13	10	7	16	23	14
	Ж	37	35	53	63	69	51
Из них умерло, абс. (%)	МЖ	20 (40±6,9)	8 (17,8±5,7)	21 (35,0±6,2)	34 (43,0±5,6)	21 (22,8±4,4)	21 (32,3±5,8)
	М	6 (46,2±13,8)	1 (10,0±11,3)	1 (14,3±13,2)	6 (37,5±12,1)	6 (26,1±9,2)	4 (28,6±12,1)
	Ж	14 (37,8±8,0)	7 (20,0±6,8)	20 (37,7±6,7)	28 (44,4±6,3)	15 (21,7±5,0)	17 (33,3±6,6)

* Женщины старше 55, мужчины – 60 лет.

вых прослежены через 1 год после получения травмы у 229 (56 мужчин, 173 женщины) и через 2 года – у 169 (41 мужчина, 128 женщин) пациентов. Соотношение мужчин и женщин за каждый год наблюдения составило 1:3,1. Средний возраст прослеженных через 1 год после травмы составил 71,1±10,16 года (мужчины – 68,1±10,27, женщины – 72,0±9,96), через 2 года – 69,9±9,99 года (мужчин 67,1±10,25, женщин 70,8±9,78).

Данные наблюдения за пациентом заносились в карточку наблюдения.

Результаты и их обсуждение. В соответствии с градацией многоцентрового эпидемиологического исследования [3] г. Якутск отнесен к городам Российской Федерации с высокой частотой переломов проксимального отдела бедренной кости на фоне остеопороза, занимает 2-е место (1-е – г. Тюмень) по данному заболеванию среди женщин (203,6 на 100000 населения) и возглавляет группу городов со средней заболеваемостью (99,1 на 100000) среди мужчин. Общая заболеваемость превышает среднероссийскую в 1,53 раза ($p<0,001$). За 5 лет наблюдения прослежен рост переломов проксимального отдела бедренной кости на фоне остеопороза в 1,6 раза ($p<0,001$). Ежегодно число переломов увеличивается в 1,26 раза ($p<0,05$). Серьезные опасения вызывают более высокие показатели, чем в среднем по России, у женщин во всех возрастных группах и у мужчин в возрастной группе старше 70 лет.

Наше исследование подтвердило положение о нарастании частоты переломов проксимального отдела бедренной кости по направлению с юга на

север (исключение – г. Тюмень). Этот факт наряду с выявленным пиком частоты переломов в зимнее время года (141,9% от среднегодового уровня переломов в декабре) позволяет отнести северный климат с продолжительной зимой к факторам риска, что, несомненно, требует более углубленных исследований. Зимний антициклон с критически сниженным парциальным давлением кислорода в атмосфере [5], с коротким туманным днем усиливает функциональные нарушения у пожилых и старых людей и увеличивает риск падений. На состоянии костной ткани отражается, кроме того, уменьшение зимой в условиях высоких широт абсорбции кальция и витамина D_3 [9], содержание которых в суточном рационе питания жителей республики и г. Якутска итак значительно ниже нормы. По данным В.Г. Кривошапкина (Институт здоровья АН РС(Я)), потребление мяса населением республики составляет 81,9%, рыбы – 38,9, молочных продуктов – 62,9, яиц – 68,9% физиологической нормы [2]. Суточное потребление кальция, таким образом, составляет у якутян в среднем 492,68 мг в сутки при норме 1000 мг в сутки, т.е. налицо глубокий дефицит кальция. Питательные воды рек и озер Якутии являются в основном маломинерализованными, «очень мягкими» и «мягкими», обедненными кальцием [4], что также не может не сказаться на состоянии здоровья.

Высокому уровню заболеваемости способствуют также широкое распространение вредных привычек (употребление табака и алкоголя) и фактор гиподинамии, что подтвердилось изучением местных факторов риска. К значимым факторам риска отнесены

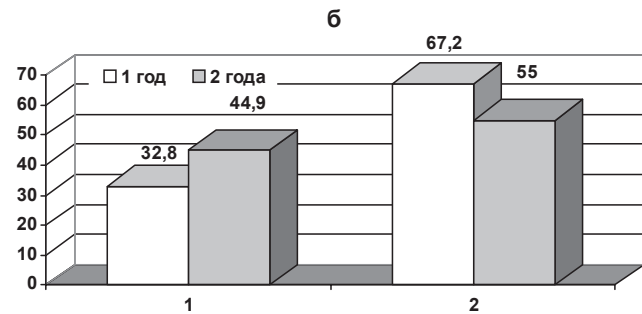
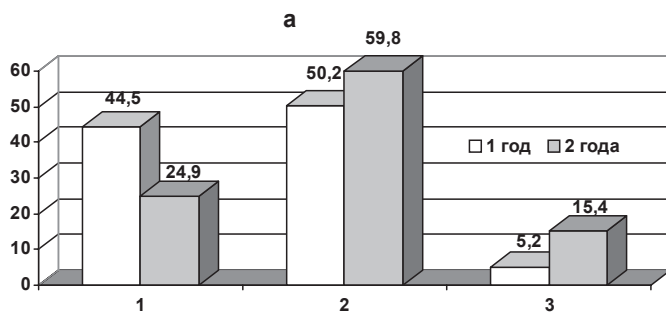
ранняя менопауза, до 45 лет, у женщин (в 3,8 раза чаще, чем в контрольной группе, $p<0,01$), употребление табака (в 3 раза чаще, $p<0,001$) и алкоголя (в 1,9 раза, $p<0,001$) – у мужчин, наличие переломов в прошлом (в 2,1 раза, $p<0,05$ у мужчин и $p<0,001$ у женщин) и снижение двигательной активности (в 1,5 раза у мужчин, $p<0,05$, в 2,5 раза у женщин, $p<0,001$) – у лиц обоего пола.

Главным показателем тяжести заболевания является показатель смертности. Мы сравнили летальность больных старше трудоспособного возраста (женщин старше 55 и мужчин старше 60 лет) с популяционной летальностью по данным Республиканского Управления статистики Госкомстата РФ (табл. 2).

Из таблицы вытекает, что летальность среди больных с изучаемыми переломами превышает популяционную в среднем по годам в 7,2 раза (32,3±5,8 и 4,5±0,128% соответственно, $p<0,001$). В том числе среди мужчин – в 4,1 раза (28,6±12,1% против 6,9±0,29, $p>0,05$) и среди женщин – в 9,5 раза (33,3±5,8% против 3,5±0,136, $p<0,001$).

Вторым важным показателем тяжести последствий переломов проксимального отдела бедренной кости у пожилых людей является оценка двигательной активности пациентов после травмы в разные сроки наблюдения (рисунк, а).

Через 1 год 102 чел. были прикованы к постели, что составило 44,5±3,3%, в том числе 33,9±6,3 (n=19) – мужчин и 48±3,8 (n=83) – женщин. Через 2 года пропорция больных, соблюдавших постельный режим, сократилась до 24,9±3,3% (n=42): мужчин до 22±6,5



Двигательная (а) и социальная (б) активность пациентов, перенесших переломы проксимального отдела бедренной кости в различные сроки после травмы, %:

а: 1 – прикованы к постели, 2 – ходят с помощью вспомогательных средств передвижения, 3 – передвигаются самостоятельно;

б: 1 – выходят из квартиры или дома, 2 – не выходят из квартиры или дома

($n=9$), женщин – до $25,8 \pm 3,9$ ($n=33$). С помощью вспомогательных средств через год могли передвигаться $50,2 \pm 3,3\%$ ($n=115$) пациентов, в том числе $55,4 \pm 6,6$ ($n=31$) мужчин и $48,6 \pm 3,8$ – женщин ($n=84$). Через 2 года их доля составила $59,8 \pm 3,8\%$ ($n=101$), мужчин – $56,1 \pm 4,4$ ($n=23$), женщин – $60,9$ ($n=78$). Полное восстановление функции ноги через 1 год выявлено у $5,2 \pm 1,5\%$ ($n=12$), в том числе у $10,7 \pm 4,1$ – мужчин ($n=6$) и $3,5 \pm 1,4$ – женщин ($n=6$). На следующий год больных, которые могли ходить самостоятельно, было $15,4 \pm 2,8\%$ ($n=26$): мужчин – $22 \pm 6,5$ ($n=9$), женщин – $13,3 \pm 3,0$ ($n=17$).

Отмечается значительное ухудшение качества жизни пациента и ограничение его социальной активности. $35,4 \pm 3,2\%$ ($n=81$) пациентов через 1 год и $24,9 \pm 3,3\%$ ($n=42$) через 2 года испытывали постоянные боли в области тазобедренного сустава или всей конечности. Боли полностью отсутствовали лишь у $7 \pm 1,7\%$ ($n=16$) больных через 1 год, и у $14,2 \pm 2,7\%$ ($n=24$) – через 2 года. Остальные пациенты жаловались на периодические боли при нагрузке на конечность или в покое.

Через год выходило на улицу только $32,8 \pm 3,1\%$ пациентов ($n=75$), в том числе $48,2 \pm 6,7$ – мужчин ($n=27$) и $27,7 \pm 3,4$ – женщин ($n=48$), большинство из них ходили с помощью трости или костылей. Через два года после перелома этот показатель составил $44,9 \pm 14,6\%$ ($n=76$) всех прослеженных пациентов: $70,7 \pm 7,1$ мужчин ($n=29$) и $36,7 \pm 18,1$ женщин ($n=47$) (рисунок, б).

Пациентов, вынужденных вести домашний образ жизни через 1 год после травмы, было $67,2 \pm 4,1\%$ ($n=154$), в том числе $51,8 \pm 6,7$ – мужчин ($n=29$) и $72,3 \pm 3,4$ – женщин ($n=125$). На втором году наблюдения их доля сократилась до $55,0 \pm 3,8\%$ ($n=93$), мужчин – до $29,3 \pm 7,1$ ($n=12$), женщин – до $63,3 \pm 4,3$ ($n=81$).

Средний возраст больных, ведущих домашний образ жизни через 1 год после травмы – $75,6 \pm 8,13$ (мужчин – $74,9 \pm 7,94$, женщин – $75,7 \pm 8,2$), а через 2 года – $75,1 \pm 8,11$ года (мужчин – $75,5 \pm 9,27$, женщин – $75,0 \pm 7,98$). А у пациентов с полным восстановлением функции конечности через 1 год наблюдения средний возраст равнялся $56,8 \pm 5,53$ года (мужчин – $56,2 \pm 4,16$, женщин – $57,2 \pm 6,49$), через 2 года – $61,3 \pm 9,97$ (мужчин – $60,7 \pm 9,64$, женщин – $61,6 \pm 10,34$). Средний возраст больных, прикованных к постели, составлял $77,9 \pm 7,3$ года (мужчин – $77,1 \pm 7,9$, женщин – $78,1 \pm 7,19$) через 1 год и $76,8 \pm 7,23$ (мужчин $77,9 \pm 8,95$ и женщин $76,6 \pm 6,82$) – через 2 года после перелома.

Третьим социальным критерием, указывающим на тяжесть травмы, является нуждаемость в постороннем уходе больных, находящихся на постельном или полупостельном режиме. Через 1 год после получения перелома в посторонней помощи и уходе в разной степени нуждалось $58,9\%$ больных ($n=135$): $42,9$ – мужчин ($n=24$) и $64,2$ – женщин ($n=111$). Средний их возраст равнялся $76,1 \pm 8,21$ года (мужчины – $75,4 \pm 7,92$, женщины – $76,2 \pm 8,31$). Через два года после травмы доля нуждающихся в посторонней помощи сократилась до $42,6\%$ ($n=72$): мужчины – $26,8$ ($n=11$), женщины – $47,7\%$ ($n=61$). Средний возраст составил $75,6 \pm 8,07$ года (мужчины – $76,6 \pm 8,26$, женщины – $75,4 \pm 8,08$).

Таким образом, в анализируемой группе пожилых людей с переломом проксимального отдела бедренной кости выявлены:

– высокая летальность, превышающая популяционный показатель смертности в той же возрастной группе в 7,2 раза (у мужчин в 4,1, у женщин в 9,5, $p < 0,001$).

– резкое ухудшение качества жизни, проявляемое в значительном ограничении двигательной и социальной активности.

Высокая летальность и неблагоприятные исходы обусловлены остеопорозом, который является основной причиной переломов бедра (90,1%), а также преклонным возрастом больных и наличием тяжелой сопутствующей патологии.

Учитывая высокий уровень частоты переломов проксимального отдела бедренной кости, связанных с остеопорозом, неуклонный ежегодный рост их числа в г. Якутске и чрезвычайную тяжесть последствий, мы считаем, что назрела необходимость открытия регионального Центра профилактики ОП.

Литература

1. Бахтиярова С.А., Бортник С.Б., Лесняк О.М., Кузнецова Н.Л. Сравнительная оценка социальных последствий переломов проксимального отдела бедра и инфаркта миокарда у пациентов старшего возраста // Приложение к журналу «Остеопороз и остеопатии»: Российский конгр. по остеопорозу: Тез. докл. – М., 2003. – С. 45.
2. Кривошапкин В.Г. Очерки клиники внутренних болезней на Севере. – Якутск: Издательство Департамента НИСПО МО РС(Я), 2001. – 128с.
3. Михайлов Е.Е., Беневоленская Л.И. Эпидемиология остеопороза и переломов // Руководство по остеопорозу / Под ред. Л.И. Беневоленской. – М.: БИНОМ, лаборатория знаний, 2003. – С. 10-54.
4. Новгородов П.Г. Качество питьевой воды в Якутске и коррекция ее свойств физиологически необходимыми минеральными элементами // X Российско-Японский симпозиум: Тез. докл. – Якутск, 2003. – С. 40.
5. Петрова П.Г. Экология, адаптация и здоровье: особенности среды обитания и структуры населения Республики Саха. –

Якутск.: НИПК «Сахаполиграфиздат», 1996. – 272 с.

6. **Родионова С.С.** Принципы лечения переломов и эндопротезирования сустава на фоне остеопороза // Руководство по остеопорозу / Под ред. Л.И. Беневоленской. – М., 2003. – С. 304-319.

7. **Рожинская Л.Я.** Системный остеопороз. – М.: Издатель Мокеев, 2000. – 195 с.

8. **Татарникова О.В.** Демографические показатели долгожительства в Якутии // X Российско-Японский симп.: Тез. докл. – Якутск, 2003. – С. 513-514.

9. **Dawson – Hughes Bess.** Профилактика // Риггз Б.Л., Мелтон Дж. III. Остеопороз: Этиология, диагностика, лечение: Пер. с англ. – М.; СПб.: ЗАО «Издательство БИНОМ», «Невский диалект», 2000. – С.363-380.

10. **Genant H.K., Cooper C., Poor G. et al.** Intern report and recommendation of the World Health Organization task-force for osteoporosis // Osteoporosis Int. – 1999. – Vol. 10. – P. 259-264.

11. **Lofman O. Berglund K., Larsson L., Toss G.** Changes in hip fracture epidemiology: Redistribution between ages, genders and fracture types // Osteoporosis Int. – 2002. – Vol. 13. – P. 18-25.

Т.Е. Уварова

ИНТЕНСИВНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Цель исследования. Изучение эффективности и переносимости интенсивного этапа химиотерапии по стандартным режимам ВОЗ при лечении впервые выявленного туберкулеза легких у лиц пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Проведено динамическое наблюдение за 100 пациентами в возрасте от 60 до 87 лет, получавшими интенсивную химиотерапию (одновременное назначение изониазида, рифампицина, пиразинамида, этамбутола и/или стрептомицина) по поводу впервые выявленного туберкулеза легких.

Результаты и обсуждение. Интенсивную химиотерапию удовлетворительно перенесли большинство больных (78%) пожилого и старческого возраста. Использование стандартных режимов ВОЗ позволяет добиться более раннего и более частого прекращения бактериовыделения (93,7% против 71,4%; $P < 0,05$), а также более раннего и более частого закрытия полостей распада (47,3% против 25,0; $P < 0,05$), чем при индивидуальных режимах химиотерапии.

Ключевые слова: туберкулез легких, пожилой возраст, интенсивная химиотерапия, противотуберкулезные препараты, лекарственная непереносимость.

Aim. To study efficiency and tolerance of intensive chemotherapy based on WHO standards in treatment of lung tuberculosis at the initial level among elderly and old patients.

Materials and methods. Dynamic observation was conducted to 100 patients aged 60 to 87, who had undergone intensive chemotherapy (simultaneous appointment of isoniasid, riphampisin, pirasinamid, etambutol and/or streptomisin) due to the lung tuberculosis at the initial level.

Results. The intensive chemotherapy was satisfactorily tolerated by most elderly and old patients (78%). Use of WHO standard regimens allows to discontinue bacteria elimination at earlier stages (93,7 vs 71,4%; $P < 0,05$), and more frequent closure of decomposition cavity (47,3% vs 25,0%; $P < 0,05$) compared with individual regimens of chemotherapy.

Key words: lung tuberculosis, elderly age, intensive chemotherapy, antituberculosis preparations, drug resistance

Эпидемия туберкулеза, начавшаяся в России с 1991 г., в наибольшей степени поразила лиц молодого и среднего возраста [1,4,5]. Значительное повышение заболеваемости и смертности среди лиц преимущественно молодого и среднего возраста отвлекло внимание от проблемы старческого туберкулеза. Между тем эта проблема остается актуальной, поскольку заболеваемость туберкулезом у лиц пожилого и старческого возраста продолжает нарастать, а эпидемиологическая опасность лиц данной возрастной группы, особенно для детей, по-прежнему, остается высокой. Значимость туберкулеза, развившегося в старости, сохраняется также вследствие трудностей и несовершенства диагностики, своеобразия его клинических

проявлений и недостаточной эффективности его лечения.

В отношении больных пожилого и старческого возраста давно сложилось убеждение о невозможности проведения интенсивной химиотерапии. Это связывалось с плохой переносимостью химиопрепаратов и высокой частотой побочных реакций, что обусловлено характерными для преклонного возраста инволютивными изменениями и наличием сопутствующих заболеваний [2,3]. Основные принципы химиотерапии старческого туберкулеза, сложившиеся за последние десятилетия, предусматривали использование минимальных терапевтических доз, недопустимость применения одновременно 4-5 химиопрепаратов, преимущественное назначение прерывистых режимов лечения. Подобная тактика химиотерапии, ставшая традиционной, существенно отличается

от современной концепции химиотерапии туберкулеза, сформулированной и стандартизированной ВОЗ. Стандартные режимы химиотерапии, предусматривающие одновременное назначение 4 или 5 противотуберкулезных препаратов, хорошо зарекомендовали себя при лечении туберкулеза у молодых. Однако возможность их использования, их эффективность, а также переносимость при старческом туберкулезе остаются невыясненными. Решение этих вопросов, ставших актуальной проблемой фтизиатрии, послужило основанием для проведения настоящего исследования.

Целью данной работы явилось изучение эффективности и переносимости интенсивного этапа химиотерапии по стандартным режимам ВОЗ, при лечении впервые выявленного туберкулеза легких у больных пожилого и старческого возраста.