

УДК 616-053.9

## ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛИМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ КАК ФАКТОРА РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Курносенко В.Ю.

*ФГБУ ГНЦ РФ Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва*

Характерной чертой пациентов пожилого и старческого возраста, а также одной из самых значимых проблем в современной гериатрии, ухудшающих диагностику, лечение и профилактику различных заболеваний, является полиморбидность. Множественная сопутствующая патология у пожилых пациентов служит весомым фактором риска развития остеопороза. В данном исследовании представлен клинический анализ сопутствующей патологии лиц пожилого и старческого возраста как фактора риска развития остеопороза у данных пациентов. Было показано, что наличие многочисленной разнообразной симптоматики сопутствующих заболеваний зачастую не позволяет быстро распознать остеопороз и его осложнения, что часто затрудняет диагностический поиск и правильный выбор тактики ведения этих пациентов.

Ключевые слова: полиморбидность, остеопороз, пожилые люди

## CHARACTERISTICS OF POLYMORBID PATHOLOGY AS A RISK FACTOR FOR THE DEVELOPMENT OF OSTEOPOROSIS IN THE ELDERLY AND SENILE AGE

Kurnosenko V.Y.

*A.I. Burnazyan Federal Medical Biophysical Center FMBA of Russia, Moscow*

Polymorbidity is a characteristic feature of elderly and senile patients, as well as one of the most significant problems in modern geriatrics that worsen the diagnosis, treatment and prevention of various diseases. Multiple comorbidities in elderly patients are a significant risk factor for the development of osteoporosis. This study presents a clinical analysis of the concomitant pathology of elderly and senile patients. It has been shown that the presence of numerous and diverse symptoms of concomitant diseases often does not allow for rapid recognition of osteoporosis and its complications, which often complicates the diagnostic search and the correct choice of management tactics for these patients.

Key words: polymorbidity, osteoporosis, elderly people

**Введение.** Остеопороз (лат. osteoporosis) (ОП) — хронически прогрессирующее системное, обменное заболевание скелета или клинический синдром, проявляющийся при других заболеваниях, который характеризуется снижением плотности костей, нарушением их микроархитектоники и усиление хрупкости по причине нарушения метаболизма костной ткани с преобладанием катаболизма над процессами костеобразования, снижением прочности кости и повышением риска переломов. Остеопороз часто диагностируется после появления осложнений (переломов), что дало основание называть остеопороз «безмолвной эпидемией». Особенно эта проблема актуальна в пожилом и старческом возрасте. Процессы старения населения приводят к увеличению числа пациентов с тяжелыми хроническими

расстройствами и возраст-ассоциированными синдромами [Ильницкий А.Н., 2016, 2019, 2020; Хабриев Р.У., Полонская Л. С., Златкина Н.Е., Старцев Д.А., 2020]. Одним из таких наиболее характерных для лиц пожилого возраста синдромов является хронических заболеваний является - синдром минеральных и костных нарушений (СМКН), приводящий к увеличению хрупкости костей и высокому риску их переломов. В 50% случаев пациенты с переломами становятся инвалидами, требующими значительных материальных затрат и постороннего ухода вследствие отсутствия чёткого плана хирургического и терапевтического лечения таких пациентов [Белова К. Ю., Ершова О. Б., 2016].

Кроме того большинство клинико-эпидемиологических исследований свидетельствует о том, что в пожилом и старческом возрасте для многих болезней характерны множественность патологии. Происходит «накопление болезней»: после 60 лет почти у каждого человека наблюдается 4-6 заболеваний, а с каждым последующим десятилетием число их увеличивается [Мелентьев А. С и со-авт., 1995; Прощаев К. И. и соавт., 2008; Гилева В. В., 2009].

#### **Цель исследования.**

Провести клинический анализ сопутствующей патологии пациентов пожилого и старческого возраста как фактора риска развития остеопороза у лиц пожилого и старческого возраста.

#### **Материалы и методы.**

Нами была разработана модель комплексного исследования пожилых больных с синдромом минеральных и костных нарушений хирургического профиля (СМКН).

Было изучено 685 единиц пациентов пожилого возраста с сопутствующей полиморбидной патологией в качестве выборочного анализа (единица анализа - карты стационарного больного), которые заполнялись в ГБУЗ ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ, ГБУЗ МО ЛРБ № 2) г. Люберцы.

Проведено изучение жалоб, данных анамнеза, с которыми поступали пожилые пациенты в приемное хирургическое отделение с зафиксированным СМКН и которым требовалась экстренная госпитализация,

Нами проведен клинический анализ сопутствующей патологии при поступлении пациентов пожилого и старческого возраста в хирургическое отделение.

**Статистическая обработка** полученной информации осуществлялась путём вычисления ошибки средней арифметической ( $m$ ), коэффициента Пирсона ( $t$ ) и коэффициента корреляции ( $r$ ) при вероятности безошибочного прогноза  $P \geq 95\%$  с применением персонального компьютера с использованием пакетов анализа данных

STATISTICA 5,0, SPSS-10,0.

### **Результаты и обсуждения.**

1. Анализ сопутствующей патологии пульмо-аллергологического профиля.

Проанализировано оказание помощи 470 пациентам в возрасте от 60 до 86 лет (средний возраст 69,7±3,8 года). С обострением бронхиальной астмы поступило 199 человек, что составило 42,6%; с обострением хронической обструктивной болезни легких 111 человек, что составило 23,4%; с диагнозом внебольничная пневмония 61 человек (12,8%); с отеком Квинке 29 человек, что составило 6,4%; с острым контактным дерматитом 31 человек, что составило 6,4%; с ухудшением по поводу бронхоэктатической болезни 19 человек, что составило 4,3%.

2. Анализ сопутствующей патологии нефрологического профиля.

Под наблюдением находилось 32 пациента в возрасте от 60 до 80 лет (средний возраст 68 лет). С обострением хронического пиелонефрита поступило 10 человек — что составило 31,3%; с обострением хронического гломерулонефрита 5 человек, что составило 15,6%; с хроническим гломерулонефритом с исходом в нефросклероз 4 человека — 12,5%; с диабетической нефропатией 5 человек - 15,6%; с хроническим пиелонефритом с исходом в нефросклероз 3 человека — 9,4%; с хроническим пиелонефритом обострение на фоне МКБ 3 человека — это составляет 9,4%; с диагнозом артериальная гипертензия с поражением почек 2 человека - 6,3%; с острой почечной недостаточностью 2 человека — 6,3%.

3. Анализ сопутствующей патологии кардиологического профиля.

Под наблюдением находилось 47 пациентов в возрасте от 60 до 91 года (средний возраст 68,5 лет). С диагнозом ИБС: Нестабильная стенокардия поступило 18 чел, что составило 38,3%; ИБС: Острый инфаркт миокарда 12 чел — 25,5%; с диагнозом полная АВ блокада III ст с приступами МЭС 5 чел — 10,6%; ИБС: Повторный инфаркт миокарда 4 чел - 8,5% гипертонический криз 1 чел — 2,1%; ТЭЛА 1 чел — 2,1%; с диагнозом хроническая ревматическая болезнь сердца 1 чел - 2,1%; хроническая сердечная недостаточность с приступами сердечной астмы 3 чел — 6,4%; с пароксизмом фибрилляции предсердий 2 чел, что составило 4,3%.

4. Анализ сопутствующей патологии эндокринологического профиля.

Под наблюдением находилось 33 пациента в возрасте от 60 до 80 лет (средний возраст 66,3 лет). С диагнозом сахарный диабет 2 тип вторично-инсулинозависимый наблюдалось 29 человека, что составило 87,9%, с диагнозом сахарный диабет 1 тип 4 человека, что составило 12,1%.

5. Анализ сопутствующей патологии гастроэнтерологического профиля.

Под наблюдением находилось 48 пациентов в возрасте от 60 до 85 лет (средний возраст 65,5 лет). С диагнозом язвенная болезнь обострение 11 человек — 22,9%; острым гепатитом 7 человек — 14,6%; с обострением хронического билиарного панкреатита 6 человек — 12,5%; с циррозом печени 5 человек — 10,4%; с диагнозом: ЖКБ: хронический калькулезный холецистит 3 человека — 6,3%; обострение хронического панкреатита 3 человека, что составило 6,3%; первичный билиарный цирроз печени 3 человека — 6,3%; неспецифический язвенный колит 3 человека -6,3%; язвенная болезнь, осложненная кровотечением 2 человека, что составило 4,2%; рак яичника 2 человека — 4,2%; лимфоцитарный колит 1 человек — 2,1%; эндометриальный рак желудка 1 человек — 2,1%; целиакия 1 человек — 2,1%.

#### 6. Анализ сопутствующей патологии нейро-сосудистого профиля.

Под наблюдением находилось 55 пациентов в возрасте от 60 до 80 лет (средний возраст 61,8 лет). Диагноз острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу 47 человек, что составило 85,5%, диагноз транзиторная ишемическая атака 6 человек — это составляет 10,9%, с геморрагическим инсультом 2 человека — 3,6%.

В ходе исследования пожилым пациентам в приёмном отделении при наличии синдрома СМНК, которым запланирована хирургическая операция, мы проанализировали как общие гериатрические жалобы, так и жалобы, которые непосредственно предъявляли пациенты при поступлении в приёмное отделение стационара (таблица 1).

Таблица 1

Распределение ведущих клинических симптомов у лиц пожилого и старческого возраста при обращении в приемное отделение (доли и всего выявленных жалоб)

Жалоба	Итого	Доля
общая слабость	142	42,9%
боль в животе	107	32,3%
одышка	103	31,1%
тошнота	65	19,6%
боль в груди	60	18,1%
сухость во рту	59	17,8%
повышение АД	49	14,8%
головокружение	44	13,3%
головная боль	44	13,3%
кашель	42	12,7%
слабость (неловкость) и онемение в конечности	38	11,5%
рвота	41	12,4%
затруднение (невнятность) речи	28	8,5%

Жалоба	Итог	Доля
желтушность кожных покровов, склер	25	7,6%
отеки нижних конечностей	24	7,3%
жажда	23	6,9%
повышение температуры тела	22	6,6%
сердцебиение	20	6,0%
боль в нижних конечностях	20	6,0%
горечь во рту	18	5,4%
снижение зрения	16	4,8%
онемение нижних конечностей	15	4,5%
изжога	12	3,6%
снижение массы тела	12	3,6%
боль в пояснице	12	3,6%
неустойчивость при ходьбе	12	3,6%
судороги в икроножных мышцах	11	3,3%
задержка стула	9	2,7%
потеря сознания	8	2,4%
зуд кожи	9	2,7%
отрыжка	9	2,7%
изменение цвета стула	8	2,4%
тошнота	8	2,4%
асимметрия лица	7	2,1%
жидкий учащенный стул	7	2,1%
отсутствие речи	7	2,1%
туман перед глазами	7	2,1%
вздутие живота	6	1,8%
носовые кровотечения	5	1,5%
шум в голове	5	1,5%
обездвиживание в конечностях	4	1,2%
онемение половины лица	4	1,2%
снижение количества мочи	4	1,2%
боль в области грыжевого выпячивания	3	0,9%
задержка газов	2	0,6%
затруднение глотания	2	0,6%
снижение аппетита	2	0,6%
увеличение живота в объеме	2	0,6%
учащенное мочеиспускание	2	0,6%
нарушение памяти	1	0,3%
нарушение функции тазовых органов	1	0,3%
негативизм	1	0,3%
повышенная возбудимость, некоторая неадекватность действий	1	0,3%

<b>Жалоба</b>	<b>Итог</b>	<b>Доля</b>
Общий итог	1188	358,9%

В результате исследования было выявлено, что основными сопутствующими гериатрическими заболеваниями, влияющими в дальнейшем на хирургическую тактику ведения пациентов с синдромом минеральных и костных нарушений (СМКН) являются: кардиологическая, пульмонологическая, нейро-сосудистая, эндокринологическая и нефрологическая патология, характерная для лиц пожилого возраста и являющаяся непосредственно причинами развития СМКН и остеопороза.

Выявленные основные жалобы пациентов в приёмном отделении (порог 5%) могут использоваться в качестве основ научного обоснования клинико-организационных алгоритмов при оказании медицинской помощи при оказании помощи пациентам пожилого и старческого возраста.

Исследование показало, что характерной чертой пожилых пациентов и одной из самых значимых проблем, ухудшающих диагностику, лечение и профилактику остеопороза, является полиморбидность. Наличие многочисленной разнообразной симптоматики сопутствующих заболеваний зачастую не позволяет быстро распознать остеопороз и его осложнения.

Переломы часто являются случайной находкой на рентгенограмме, например, клиновидный перелом тела позвонка, который может долгое время скрываться под маской остеохондроза. Возможны обратные случаи, когда при недиагностированной онкопатологии метастазы в области тела позвонка с переломом изначально могут быть расценены как проявление остеопороза.

Таким образом, при полиморбидности возможна, как гиподиагностика, так и гипердиагностика заболевания, может наблюдаться сочетание остеопороза с другими заболеваниями со сходной клинической картиной и взаимным отягощением течения друг друга, что часто затрудняет диагностический поиск, а пациент обращается за помощью к специалисту на более поздних стадиях при развитии осложнений. Значимое социально-экономическое, медицинское бремя переломов у пожилых людей требует обязательной повсеместной диагностики остеопороза, переломов и незамедлительного лечения в данной возрастной группе.

**Список использованных источников и литературы:**

1. Белова К. Ю., Ершова О. Б. Организация медицинской помощи пациентам с тяжелым остеопорозом. Красноярск: научно-инновац. центр; 2016. - 162 с.
2. Лесняк О.М., Евстигнеева Л.П., Коваль А.М. и др. Приверженность российских пациентов лечению остеопороза (национальный проект «сила в постоянстве»). Фарматека. 2008; 3:73-79.
3. Никитинская О.А., Торопцова Н.В. Социальная программа «остеоскрининг Россия» в действии. Фарматека. 2012;(6):90-93.
4. Прощаев К.И., Ильницкий А.Н., Жернакова Н.И. Основные гериатрические синдромы: Учебное пособие. – Белгород: 2012. – 228 с.
5. Прощаев К.И. Синдром старческой астении (frailty) в клинической практике: монография / К.И. Прощаев, А.Н. Ильницкий, Т.В. Павлова. – Белгород: ИД «Белгород» НИУ «БелГУ», 2013. – 88с.