

значимости ($p < 0,001$). В группах I, II и III отмечается наличие высокодостоверной отрицательной корреляционной связи между низкими значениями T- и Z-критериев, демонстрирующими изменение МПК в пользу остеопении и остеопороза, и повышенными диагностическими показателями сывороточных маркеров костной резорбции β -cross laps. Стоит отметить проявившуюся связь между показателями МПК, периферического сывороточного эстрадиола и индексом массы тела у пациенток I и IV групп. Установлено, что остеопороз и остеопения диагностировались у женщин с индексом массы тела ниже 19 кг/м^2 и низкими значениями эстрадиола в границах от 7,0 до 37,0 пмоль/л. Вместе с тем, пациентки с высоким индексом массы тела (более 30 кг/м^2) имели не характерные для хирургической менопаузы зна-

чения сывороточного эстрадиола в пределах 130–140 пмоль/л. В группе I уровень эстрадиола выше 100 пмоль/л зафиксирован у 13,8% ($n = 12$), средний показатель равен $134,5 \pm 2,88$. В группе сравнения IV 11,3% ($n = 6$) аналогичный показатель составил $134,5 \pm 1,94$. Данная подвыборка пациенток во всех группах имела нормальные показатели МПК, несмотря на длительность абсолютной гипострогении больше года.

Таким образом, специальные методы лечения онкопатологий (сочетанное лучевое и хирургическое лечение) можно рассматривать как один из этиологических факторов (предикторов) развития костных нарушений. Снижение МПК продемонстрировано у 85,2 и 86,2% женщин, прошедших лечение данными методами.

ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ У ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ И ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

**Свина С. А.,
Кирпикова М. Н.,
Назарова О. Н.,
Глик М. В.**

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России
МУЗ «Городская клиническая больница № 2» г. Иваново

Среди всех причин боли в спине у женщин постменопаузальный остеопороз (ПМО) и дегенеративно-дистрофические изменения (ДДИ) позвоночника (остеохондроз, спондилез и др.) занимают центральное место. Своевременное распознавание причин болей в спине дает возможность проводить патогенетическую терапию.

Целью настоящего исследования стало выявление особенностей синдрома боли в нижней части спины у пациенток с ПМО и ДДИ позвоночника.

Исследование проведено на базе МУЗ «Городская клиническая больница № 2» г. Иванова. В нем приняли участие 130 женщин старше 55 лет, обратившихся за медицинской помощью на специализированный прием в связи с болью в нижней части спины. Проведено общепринятое клиническое обследование, выявление факторов риска остеопороза, а также двухэнергетическая рентгеновская остеоденситометрия (DXA) для верификации диагноза остеопороза и рентгеновское исследование грудного и поясничного отделов позвоночника. Диагностика ПМО

проводилась согласно рекомендациям Российской ассоциации по остеопорозу, методическим указаниям Международного общества клинической денситометрии. Оценка болевого синдрома в позвоночнике проводилась с помощью десятисантиметровой визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Функциональные возможности позвоночника оценивали на основании определения подвижности в поясничном отделе (тест Шобера) и в грудном отделе позвоночника (проба Отта). Физическая активность оценивалась с помощью «Опросника для оценки уровня физической активности».

Средний возраст обследованных – $67,2 \pm 6,6$ года. Длительность постменопаузы на момент начала исследования в среднем составила $17,8 \pm 7,5$ года. Пациентки чаще имели избыточную массу тела (средний индекс массы тела – $27,8 \pm 3,4 \text{ кг/м}^2$). Средний возраст при появлении болевого синдрома – около 40 лет у женщин обеих групп. Переломы при низком уровне травмы в анамнезе имели 34 из 130 женщин (26%).

Выраженность боли по ВАШ в среднем была достаточно высокой – $74,68 \pm 14,3$ мм. Выраженный болевой синдром (сильная или очень сильная боль) имел место у 92% пациенток. Средний показатель двигательной активности соответствовал низкому уровню (в среднем $5,4 \pm 2,0$ балла). Низкая физическая активность зарегистрирована у 58% обследованных, средняя – у 41%. Подвижность в поясничном отделе позвоночника (в среднем – $3,64 \pm 1,6$ см в тесте Шобера) была отчетливо снижена в 65% случаев, в грудном отделе позвоночника (в среднем – $2,21 \pm 1,2$ см в тесте Отта) – в 95% случаев.

По результатам DXA все включенные в исследование были разделены на 2 группы. В основную группу вошли пациентки с установленным диагнозом ПМО (98 человек). Группу сравнения составили больные с показателями минеральной плотности кости в пределах нормы или с остеопенией (32 человека), у которых выявлены отчетливые ДДИ позвоночника, подтвержденные рентгенологически. Группы были сопоставимы по возрасту, индексу массы тела, сопутствующей патологии, социальным показателям.

В основной группе среднее значение Т-критерия составило $-(3,0 \pm 0,7)$ SD, что соответствовало ос-

теопорозу, в группе сравнения – $-(1,05 \pm 0,9)$ SD ($p < 0,05$).

В основной группе по сравнению с группой сравнения выявлен достоверно более высокий уровень боли ($76,3 \pm 11,0$ и $67,8 \pm 8,8$ мм соответственно, $p < 0,05$), более низкая двигательная активность ($51,4 \pm 1,59$ и $54,2 \pm 1,28$ балла), ограничение подвижности в грудном отделе позвоночника (по тесту Отта – $2,2 \pm 0,09$ и $3,7 \pm 0,04$ см), более выраженное снижение роста в течение жизни ($3,2 \pm 1,7$ и $1,4 \pm 1,3$ см соответственно). Длительность менопаузы у больных основной группы была достоверно больше по сравнению с таковой у лиц группы сравнения ($18,9 \pm 7,4$ и $15,1 \pm 6,7$ года, $p < 0,05$).

Таким образом, женщины с ПМО в отличие от пациенток выраженными ДДИ позвоночника имеют большую интенсивность и продолжительность синдрома боли в нижней части спины, более длительный период постменопаузы на момент развития болевого синдрома, более выраженное ограничение подвижности позвоночника и снижение физической активности. Учет выявленных клинических особенностей при первичном обследовании женщин с болевым синдромом в спине помогает определить тактику инструментального обследования пациенток, в частности направить их на денситометрию для исключения ПМО.

ОСТЕОПЕНИЯ СТОП У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Скородумова Е. В.,
Кирпикова М. Н.,
Назарова О. А.,

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России
МУЗ «Городская клиническая больница № 4» г. Иваново

Сахарный диабет 2 типа (СД) повышает риск переломов стоп. Последствия этих переломов в ряде случаев заключают в себе угрозу ампутации конечности. Состояние же минеральной плотности костной ткани (МПК) при СД 2 типа является предметом обсуждения. Сведения об остеопении стоп у этой категории больных требуют уточнения.

Цель исследования – изучить частоту встречаемости остеопении стоп у женщин с СД 2 типа и уточнить механизмы ее развития.

В исследование включена 31 женщина с СД 2 типа. Группу контроля, сопоставимую по возрасту, полу и ИМТ, составили 17 здоровых женщин, у которых исключен системный остеопороз и остеопения. Средний возраст пациенток с СД составил $58,9 \pm 5,7$ года, индекс массы

тела – $32,9 \pm 4,6$ кг/м². Длительность СД 2 типа – $9,9 \pm 6,7$ лет. Больные принимали пероральные сахароснижающие препараты (ПСП) из группы сульфанилмочевины и метформина (13 человек), а также ПСП в комбинации с базальным инсулином (18 человек). Средний уровень гликированного гемоглобина составил $9,6 \pm 1,9\%$. У пациенток с СД исключали сопутствующие заболевания и прием медикаментов, сопровождающиеся снижением костной плотности, синдром диабетической стопы и переломы стоп. Проводилось общеклиническое обследование больных.

Выполняли исследование периферической чувствительности и сухожильных рефлексов по утвержденной РМАПО методике, с использованием шкалы нейропатического дисфункционального