

ВРАЧ

ежемесячный научно-практический и публицистический журнал

Издается с мая 1990 года

№ 11

XIX век



XX век



XXI век



Авторитет и традиции — из века в век

Сахарный диабет типа 2 и постменопаузальный остеопороз: как улучшить качество жизни?



ИЗДАТЕЛЬСКИЙ
ДОМ
«РУССКИЙ ВРАЧ»

www.rusvrach.ru

ноябрь

2019

ТОМ 30

<https://doi.org/10.29296/25877305-2019-11-17>

Сахарный диабет типа 2 и постменопаузальный остеопороз: как улучшить качество жизни?

М. Сергеева-Кондраченко¹, доктор медицинских наук, профессор,
В. Струков¹, доктор медицинских наук, профессор,
П. Полубояринов², кандидат сельскохозяйственных наук,
Е. Петрова³, кандидат медицинских наук

¹Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России

²Пензенский государственный университет архитектуры и строительства

³Пензенский государственный университет, Медицинский институт

E-mail: villor3737@yandex.ru

Эффективный контроль СД типа 2 (СД2) и постменопаузального остеопороза (ОП) остается актуальной проблемой, несмотря на большой арсенал препаратов, используемых в терапии таких больных. Один из новых критериев оценки качества медицинской помощи, получивший широкое распространение в последние годы, – качество жизни (КЖ) пациентов. Целью исследования было оценить КЖ пациенток с СД2 и постменопаузальным ОП в зависимости от терапии постменопаузального ОП, используя опросник SF-36 Health Status Survey. Проведено анкетирование 84 пациенток с СД2 и постменопаузальным ОП. Средний возраст обследованных – 55,7±4,1 года. У пациенток с СД2 и постменопаузальным ОП более высокое КЖ было ассоциировано с приемом препарата Остеомед Форте.

Ключевые слова: эндокринология, сахарный диабет типа 2, качество жизни, постменопаузальный остеопороз, опросник SF-36 Health Status Survey, Остеомед Форте.

Для цитирования: Сергеева-Кондраченко М., Струков В., Полубояринов П. и др. Сахарный диабет типа 2 и постменопаузальный остеопороз: как улучшить качество жизни? // Врач. – 2019; 30 (11): 72–75. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-11-17>

Сахарный диабет (СД) во всем мире признан одним из наиболее важных неинфекционных заболеваний и глобальным вызовом мировому сообществу в XXI веке [1, 3, 6, 12]. По данным Международной федерации диабета, в 2017 г. численность больных СД в мире достигла 425 млн человек, еще 318 млн человек имеют нарушенную толерантность к глюкозе, т.е. входят в группу высокого риска по развитию заболевания (рис. 1). По оценкам экспертов, истинное число больных СД в России может достигать 8,5 млн человек. Число больных СД возрастает за счет пациентов с СД типа 2 (СД2) старше 40–50 лет, в основном – женщин.

Все чаще обращают внимание на нарушение фосфорно-кальциевого обмена при СД. Диабетическое повреждение костной ткани сочетается с протекающими в ней остеопоротическими процессами. Социальная значимость постменопаузального остеопороза (ОП) определяется не только его высокой распространенностью, но и его последствиями — переломами позвонков и костей периферического скелета, обуславливающими высокий уровень нетрудоспособности и большие материальные затраты здравоохранения (рис. 2) [2, 5, 10, 11].

Эффективный контроль СД2 и постменопаузального ОП остается актуальной проблемой, несмотря на большой арсенал сахароснижающих препаратов и препаратов, используемых в терапии постменопаузального ОП. К причинам неадекватного контроля углеводного обмена и минеральной плотности костной ткани (МПКТ) относят сложность лечебного процесса, который носит непрерывный характер, сопряжен с постоянным контролем гликемии и показателей МПКТ, уровня витамина D, и в целом, по мнению пациенток, негативно влияет на повседневную жизнь больных. В большинстве случаев при терапии не учитывается удовлетворенность ею пациенток [7, 10].

Один из новых критериев оценки качества медицинской помощи, получивший широкое распространение в последние годы, — влияние терапии на качество жизни (КЖ). По определению ВОЗ, КЖ — характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанная на его субъективном восприятии. Интерес современной медицины к изучению КЖ может быть объяснен рядом причин [7–9]. Один из основополагающих принципов современной медицины — уважение личности и прав пациента, в том числе — на сохранение и поддержание максимально высокого КЖ. КЖ может определять способность пациентов управлять своими заболеваниями [5, 7]. Если в результате терапии КЖ ухудшается, польза такого лечения существенно снижается, и, наоборот, улучшение КЖ мотивирует больных к приему лекарственных средств.

В то же время у пациенток с СД2 и постменопаузальным ОП данные о связи КЖ с компенсацией углеводного обмена и значениями МПКТ, по данным разных авторов, не являются однозначными [2]. В ряде работ описано повышение КЖ больных по мере улучшения компенсации углеводного обмена и значений МПКТ, в других, наоборот, говорится об ухудшении КЖ по мере снижения гликированного гемоглобина (HbA1c) и

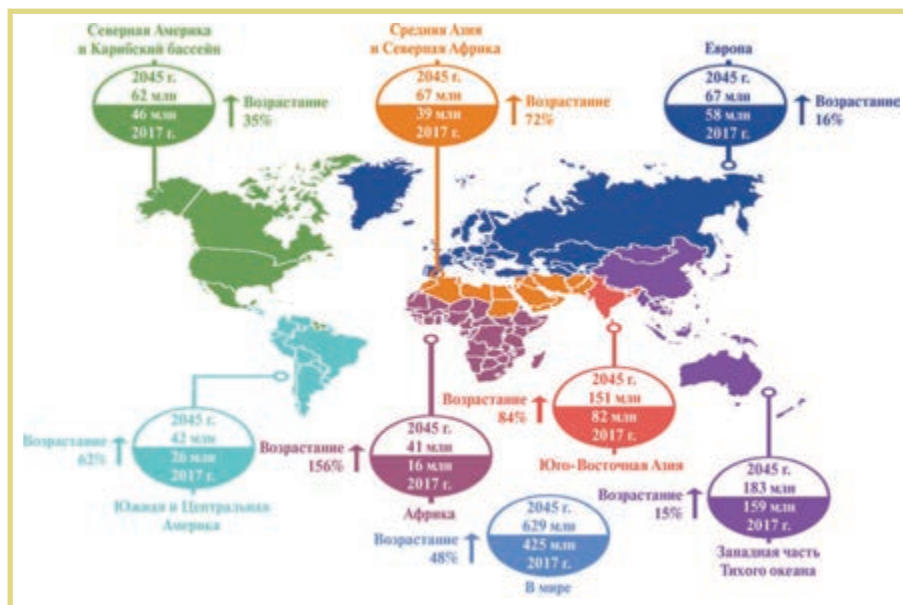


Рис. 1. Численность больных СД 20–79 лет во всем мире и в отдельных регионах в 2017 и 2045 г.

улучшения показателей МПКТ, а в некоторых работах вообще не обнаружено связи между этими характеристиками [4]. Все это и послужило основанием для проведения данного исследования.

Авторы оценили КЖ у пациенток с СД2 и постменопаузальным ОП в зависимости от терапии постменопаузального ОП, используя опросник SF-36 Health Status Survey.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование (проспективное когортное рандомизированное) осуществлено в соответствии с Правилами проведения клинических испытаний (ОСТ №42 от 29.12.98) и Приказом №103 от 24.03.00 «О проведении клинических исследований».

Проведено анкетирование 84 пациенток с СД2 и постменопаузальным ОП. Средний возраст обследо-

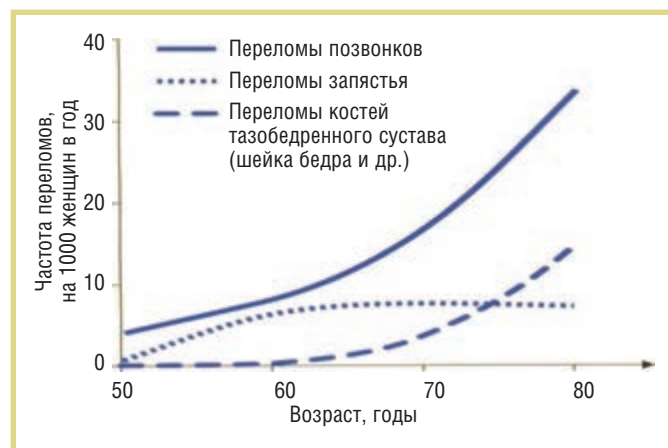
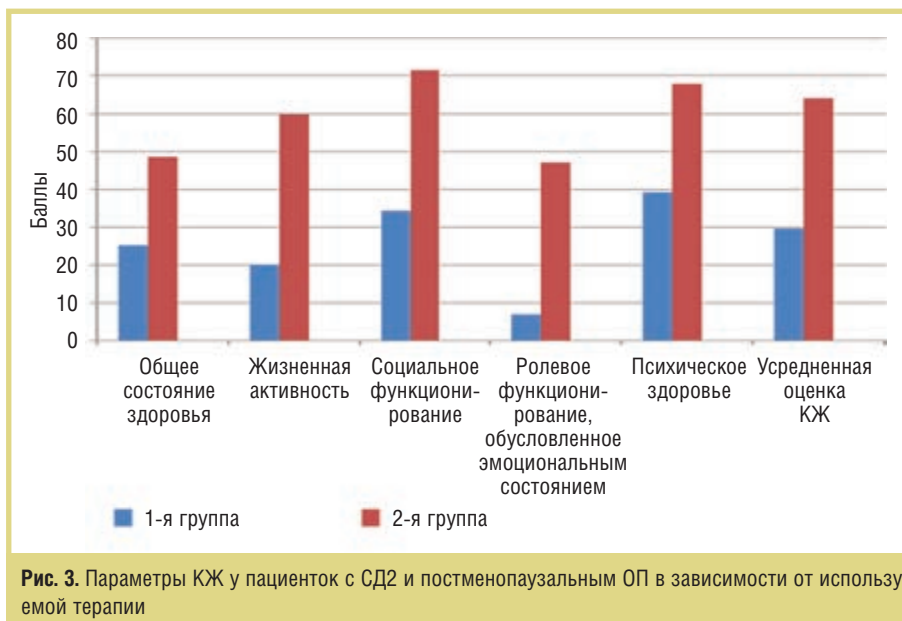


Рис. 2. Частота остеопоротических переломов в зависимости от возраста; %



ванных — $55,7 \pm 4,1$ года. Пациентки были разделены на 2 группы, различавшиеся только по терапии, используемой для коррекции постменопаузального ОП. Пациентки 1-й группы, кроме бифосфонатов, получали карбонат кальция — 500 мг; у пациенток 2-й группы вместе с бифосфонатами применяли биологически активный препарат Остеомед Форте, в состав которого входят: цитрат кальция (250 мг); рибофлавин гидрохлорид — витамин В₆ (0,5 мг); витамин D₃ (150 МЕ); гомогенат трупневого расплода — HDVA органик комплекс. Группы не различались по возрасту, «стажу» СД2 и постменопаузального ОП, сопутствующим заболеваниям, сопутствующей терапии, включая терапию СД2, компенсации углеводного обмена и показателям МПКТ.

Для оценки КЖ использовали опросник SF-36 Health Status Survey. Сбор данных осуществлялся путем анкетирования пациенток. Анкеты с пропущенными ответами были исключены из обработки. Полученные сведения заносились в таблицу Microsoft Office Excel 2007. КЖ анализировали по всем шкалам опросника. Для статистической обработки результатов использовали пакет Statistica (версия 6.0). При создании базы данных применяли редактор электронных таблиц MS Excel 7.0. Для статистической обработки полученных данных использовали также U-критерий Манна–Уитни. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При сравнении КЖ пациенток 1-й и 2-й групп выявлена достоверная разница. Среднее значение показателя «Общее состояние здоровья» в 1-й группе составило $25,3 \pm 2,8$ балла, во 2-й — $48,5 \pm 3,0$ балла ($p < 0,05$). Параметр «Жизненная активность» в 1-й группе составил $20,1 \pm 2,7$ балла, что достоверно ниже, чем во 2-й группе — $59,8 \pm 2,9$ балла ($p < 0,05$). При анализе показателя

«Социальное функционирование» также получена достоверная разница: в 1-й группе — $34,3 \pm 3,8$ балла, во 2-й — $71,5 \pm 3,4$ балла ($p < 0,05$). Среднее значение параметра «Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» в 1-й группе составило $6,9 \pm 2,2$ балла, во 2-й группе — $47,0 \pm 4,1$ балла ($p < 0,05$). Показатель «Психическое здоровье» в 1-й группе составил $39,3 \pm 2,8$ балла, во 2-й — $67,9 \pm 2,5$ балла ($p < 0,05$), параметр «Усредненная оценка КЖ» в 1-й группе — $29,6 \pm 2,6$ балла, во 2-й — $64,1 \pm 2,1$ балла ($p < 0,05$); (рис. 3). При оценке параметров «Интенсивность боли», «Физическое функционирование» и «Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием» достоверной разницы не выявлено.

Кроме того, группы сравнивали по общим показателям: «Физический компонент здоровья общий», «Психологический компонент здоровья общий». Среднее значение параметра «Физический компонент здоровья общий» в 1-й группе составило $35,1 \pm 1,7$ балла, во 2-й группе — $65,0 \pm 2,5$ балла ($p < 0,05$). Показатель «Психологический компонент здоровья общий» в 1-й группе — $24,2 \pm 2,5$ балла, во 2-й — $59,7 \pm 2,3$ балла ($p < 0,05$).

Таким образом, у пациенток с СД2 и постменопаузальным ОП более высокое КЖ было ассоциировано с приемом препарата Остеомед Форте. Учитывая выявленную взаимосвязь, особое внимание должно уделяться выбору адекватной терапии с целью коррекции постменопаузального ОП. Использованный в исследовании для оценки КЖ опросник SF-36 может применяться для выявления проблем в психологическом состоянии пациентов с СД2 и постменопаузальным ОП.

Конфликт интересов отсутствует.

Литература/Reference

1. Бирюкова Е. В. Остеопороз: точка зрения эндокринолога // Фарматека. — 2012; 1-12: 32–9 [Biryukova E.V. Osteoporosis: Point Of View Of Endocrinologist // Farmateka. — 2012; 1-12: 32–9 (in Russ.)].
2. Григорян О.Р., Андреева Е.Н. Менопаузальный синдром у женщин с нарушениями углеводного обмена. Альтернативные и дополнительные методы терапии в климактерии (обзор литературы) // Гинекология. — 2011; 3: 4–7 [Grigoryan O.R., Andreeva E.N. Menopausal syndrome in women with impaired glucose metabolism. Alternative and complementary therapies in menopause (literature review) // Ginekologiya. — 2011; 3: 4–7 (in Russ.)].
3. Рожинская Л. Я. Остеопенический синдром при заболеваниях эндокринной системы и постменопаузальный остеопороз (патогенетические аспекты, диагностика и лечение). Дис. ... д-ра мед. наук. М., 2001; 318 с. [Rozhinskaya L. Ya. Osteopenicheskiy sindrom pri zabolevaniyakh endokrinnoi sistemy i postmenopauzal'nyi osteoporoz (patogeneticheskie aspekty, diagnostika i lechenie). Dis. ... d-ra med. nauk. M., 2001; 318 s. (in Russ.)].

4. Сергеева-Кондраченко М.Ю., Болотина Т.П. Качество жизни больных с сахарным диабетом 2 типа. Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных. Мат-лы XVII научно-практ. конф. с междунар. участ. Сб. статей / Пенза, 2014; с. 170–1 [Sergeeva-Kondrachenko M.Yu., Bolotina T.P. *Kachestvo zhizni bol'nykh s sakharnym diabetom 2 tipa. Aktual'nye voprosy diagnostiki, lecheniya i reabilitatsii bol'nykh. Mat-ly XVII nauchno-prakt. konf. s mezhdunar. uchest. Sb. statei / Penza, 2014; s. 170–1 (in Russ.)*].

5. Струков В., Елистратов Д., Кислов А. и др. Остеопороз в гериатрической практике // *Врач.* – 2018; 29 (6): 26–30 [Strukov V., Elistratov D., Kislov A. et al. *Osteoporosis in geriatric practice // Vrach. – 2018; 29 (6): 26–30 (in Russ.)*]. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-06-05>

6. Джоунс О., Струков В., Кислов А. и др. Коморбидный остеопороз: проблемы и новые возможности терапии (ч. 2) // *Врач.* – 2017; 11: 25–9 [Jones O., Strukov V., Kislov A. et al. *Comorbid osteoporosis: challenges and new diagnostic opportunities (Part 2) // Vrach. – 2017; 11: 25–9 (in Russ.)*].

7. Струков В.И., Сергеева-Кондраченко М.Ю. Актуальные проблемы остеопороза / Пенза: Типография – РОСТРА, 2009; 342 с. [Strukov V.I., Sergeeva-Kondrachenko M.Yu. *Aktual'nye problemy osteoporoz* / Penza: Tipografiya – ROSTRA, 2009; 342 s. (in Russ.)].

8. Пушкарев Л.А., Аринчина Н.Г. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов: метод. рекоменд. / Мн.: БНИИЭТИН, 2000; 16 с. [Pushkarev L.A., Arinchina N.G. *Metodika otsenki kachestva zhizni bol'nykh i invalidov: metod. rekomend. / Mn.: BНИИЭТИН, 2000; 16 s. (in Russ.)*].

9. Хетагурова А.К. Вопросы качества жизни в современной паллиативной медицине // *Вопр. управлен. здравоохран.* – 2003; 6 (13): 49–50 [Khetagurova A.K. *Voprosy kachestva zhizni v sovremennoi palliativnoi meditsine // Vopr. upravlen. zdavoookhr. – 2003; 6 (13): 49–50 (in Russ.)*].

10. Yaturu S., Humphrey S., Landry C. et al. Decreased bone mineral density in men with metabolic syndrome alone and with type 2 diabetes // *Med. Sci. Monit.* – 2009; 15 (1): CR5–9.

11. Nicodemus K., Folsom A.; Iowa Women's Health Study. Type 1 and type 2 diabetes and incident hip fractures in postmenopausal women // *Diabetes Care.* – 2001; 24 (7): 1192–7. DOI: 10.2337/diacare.24.7.1192.

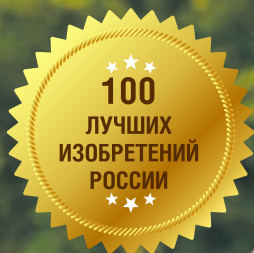
12. Melton L. 3rd, Leibson C., Achenbach S. et al. Fracture risk in type 2 diabetes: update of a population-based study // *J. Bone Miner. Res.* – 2008; 23 (8): 1334–42. DOI: 10.1359/jbmr.080323.



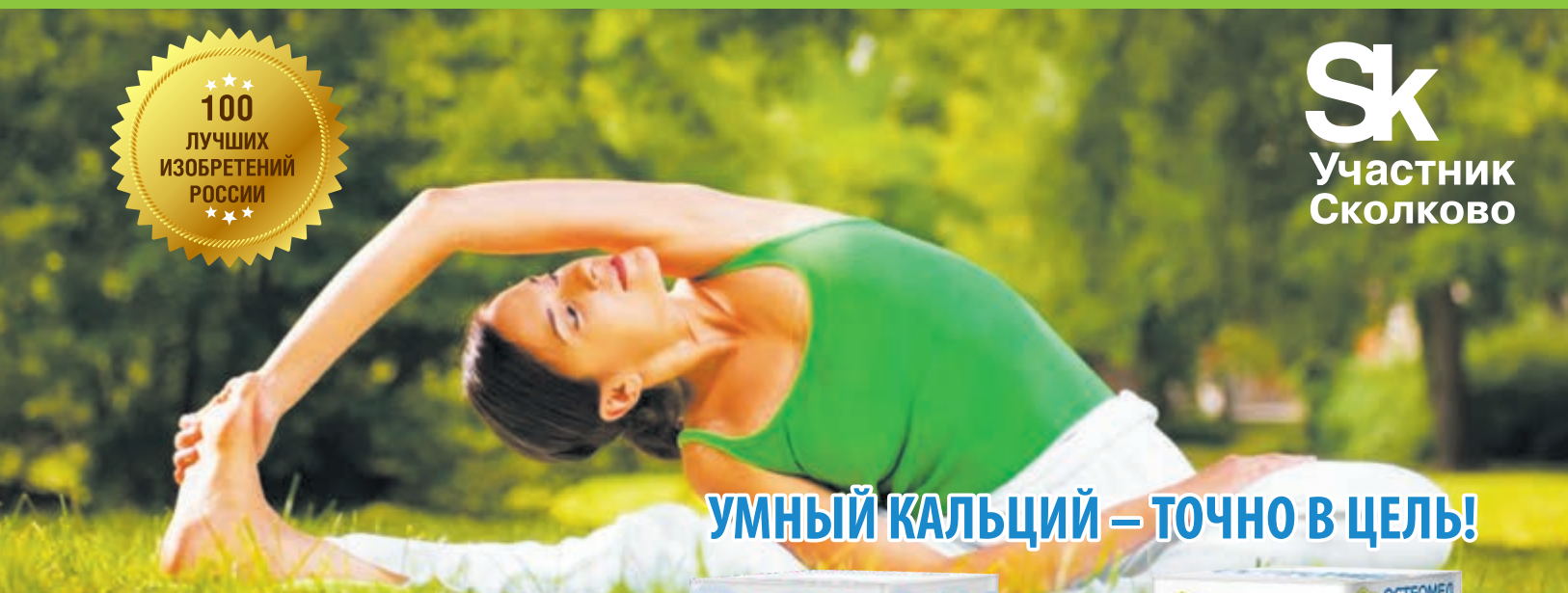
ПАРАФАРМ

г. Пенза

ОСТЕОПРОТЕКТОРЫ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ



Sk
Участник
СКОЛКОВО



УМНЫЙ КАЛЬЦИЙ – ТОЧНО В ЦЕЛЬ!



Состав (в мг): гомогенат трутнево-расплодный – 100; витамин D3 – 300 МЕ; витамин B6 – 0,8.

«Остео-Вит» – витамины нового поколения при недостатке солнца.

- Восполняет недостаток витаминов D3 и B6 для лучшего усвоения и удержания кальция в костной ткани.
- Способствует укреплению костной ткани без риска гиперкальциемии (не содержит кальция).
- Обеспечивает поддержание иммунитета в периоды инфекционных эпидемий и при недостатке солнечного света.
- Ускоряет регенерацию костных тканей после переломов и других механических повреждений.

Состав (в мг): гомогенат трутнево-расплодный – 100, цитрат кальция – 200, витамин B6 – 0,3.

«Остеомед» – инновационный препарат для сохранения красоты и молодости женщины.

- Ускоряет рост волос и ногтей, делает их сильными и крепкими.
- Способствует сохранению здоровья зубов.
- Поддерживает гормональный баланс в организме.
- При его применении минимизирован риск возникновения кальцинозов, инфаркта, инсульта и др. побочных заболеваний, характерных при применении высокодозированных препаратов кальция.

Состав (в мг): гомогенат трутнево-расплодный – 50, цитрат кальция – 250, витамин D3 – 150 МЕ, витамин B6 – 0,5.

«Остеомед Форте» – инновационный витаминно-минеральный комплекс, способствующий восстановлению и укреплению костной ткани.

- Способствует регуляции кальциево-фосфорного обмена, оказывая многоуровневое действие.
- Обладает анаболическим действием на соединительные ткани человека без риска гиперкальциемии.
- Подавляет разрушение костной ткани.
- Способствует безопасной нормализации гормонального фона, что необходимо для восстановления структуры костной ткани, повышения ее плотности.

www.secret-dolgolet.ru
www.osteomed.su

Телефон горячей линии: 8-800-200-58-98

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ С ВРАЧОМ