

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Сорока Н.Ф. Ревматоидный артрит, проблемы диагностики и лечения. Минск, 2000;190 с.
2. Carrao S. Cardiac involvement in rheumatoid arthritis: evidence of silent heart disease. Eur Heart J 1995;16:253–6.
3. Tlustochowicz W., Swetsch A., Choleva M. et al. Echocardiographic evaluation of cardiac structures in patient with rheumatoid arthritis. Pol Arch Med Wewn 1997;97(4):352–8.
4. Rodevand E., Bathen J., Ostensen M. Rheumatoid arthritis and heart disease. Tidsskr Nor Laegeforen 1999;119:223–5.
5. Бельская Е.С. Диастолическая функция левого желудочка у больных ревматоидным артритом в процессе комбинированной терапии. <http://www.bsmu.by/bmm/02/2002/12.html>
6. Бузиашвили Ю.И. Диастолическая функция левого желудочка у больных ишемической болезнью сердца без инфаркта миокарда в анамнезе до и после операции аортокоронарного шунтирования. Кардиология 2001;12:62–6.
7. Аршин Е.В., Туев А.В., Шекотов В.В. Ремоделирование и диастолическая функция левого желудочка у больных артериальной гипертонией с ревматоидным артритом. Рос кардиол журн 2005;3: 32–7.
8. Беленков Ю.Н. Роль нарушений систолы и диастолы в развитии сердечной недостаточности. Тер арх 1994;9:3–7.
9. Franco M.D., Paradiso M., Mammarella A. Diastolic function abnormalities in rheumatoid arthritis. Evaluation by echo Doppler transmittal flow and pulmonary venous flow: relation with duration of disease. Ann Rheum Dis 2000;59:227–9.
10. Little W.C., Downes T.R. Clinical evaluation of left ventricular diastolic performance. Prog Cardiovasc Dis 1990;32:273–90.
11. Nishimura R.A., Tajik A.J. Evaluation of diastolic filling of left ventricle in health and disease: Doppler echocardiography is the clinician's Rossetta Stone. J Am Coll Cardiol 1997;30:8–18.
12. Arnett F.C., Edworth S.M., Bloch D.A. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. Arthr Rheum 1988;31:315–24.
13. Devereux R.B., Reichek N. Echocardiographic determination of left ventricular mass in man: anatomic validation of the method. Circulation 1977;55:613–8.
14. Струтынский А.В. Эхокардиограмма: анализ и интерпретация. М., 2001;208 с.
15. Грачев А.В., Аляви А.Л., Ниязова Г.У. Масса миокарда левого желудочка, его функциональное состояние и диастолическая функция сердца у больных артериальной гипертонией при различных эхокардиографических типах геометрии левого желудочка сердца. Кардиология 2000;3:31–8.
16. Шляхто Е.В., Конради А.О., Захаров Д.В. Структурно-функциональные изменения миокарда у больных гипертонической болезнью. Кардиология 1999;2:49–55.
17. Mandell B.F., Hoffman G.S. Rheumatic disease and cardiovascular system. Heart Disease: a Textbook of Cardiovascular Medicine, 2001;2203–4.
18. Seriole B., Sulli A., Cutolo M. Rheumatoid arthritis and atherosclerosis. Rheumatism 2003;5:140–6.
19. Махнырь Е., Шостак Н., Голоухова Л. Ревматоидная болезнь сердца: варианты поражения. Врач 2005;5:17–8.
20. Alpaslan M., Onrat E., Evcik D. Doppler echocardiographic evaluation of ventricular function in patients with rheumatoid arthritis. Clin Rheum 2003;22:84–8.
21. Levendoglu F., Temizhan A., Ugurlu H. Ventricular function abnormalities in active rheumatoid arthritis: a Doppler echocardiographic study. Rheum Int 2004;24:141–6.
22. Чинцов Р.П. Нарушение диастолической функции левого желудочка у больных ревматоидным артритом. Науч практич ревматол 2004;2:144.

Остеоартроз тазобедренного сустава: клиника, диагностика, подходы к лечению

М.С. Светлова

ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет»

Охарактеризованы особенности анатомии, физиологии тазобедренного сустава, клиника коксартроза, представлены современные методы диагностики и лечения заболевания. Приведены результаты исследования, в котором было оценено влияние длительной (в течение 1 года) терапии терафлексом на симптомы остеоартроза тазобедренного сустава.

Ключевые слова: остеоартроз, коксартроз, артрозонография, магнитно-резонансная томография, терафлекс.

Контакты: Марина Станиславовна Светлова svetlovaramn@rambler.ru

Hip osteoarthritis: clinical presentation, diagnosis, approaches to treatment

M.S. Svetlova

Petrozavodsk State University

The paper characterizes the specific features of the anatomy and physiology of the hip joint, the clinical presentation of coxarthrosis and presents current methods for the diagnosis and treatment of the disease. It gives the results of a trial evaluating the impact of long-term (one-year) theraflex therapy on the symptoms of hip osteoarthritis.

Key words: osteoarthritis, coxarthrosis, arthrosonography, magnetic resonance imaging, theraflex.

Contact: Marina Stanislavovna Svetlova svetlovaramn@rambler.ru

Остеоартроз (ОА) — междисциплинарная проблема, вызывающая интерес не только у ревматологов, но и у врачей других специальностей в связи с частым ухудшением течения различной соматической патологии на фоне хронической боли, причиной которой является поражение суставов

при ОА. Со второй половины XX в. в развитых странах наблюдается значительное постарение населения, и ОА становится одним из самых распространенных заболеваний. На долю ОА приходится до 70% всех ревматических заболеваний. ОА занимает одно из лидирующих мест в структу-

О Р И Г И Н А Л Ь Н Ы Е И С С Л Е Д О В А Н И Я

Таблица 1. *Характеристика больных основной группы*

Показатель	Больные основной группы (n=44)
Возраст, годы	48,6±12,6
Пол, абс/% женщины мужчины	32/72,7 12/27,3
Продолжительность заболевания, годы	6,5±4,7
Рентгенологическая стадия, абс/% I II III	11/25 29/65,9 4/9,1
Двусторонний КА, абс/%	15/34,1

ре причин инвалидности, значительно снижает качество жизни пациентов [1–4].

Одной из наиболее частых локализаций ОА является тазобедренный сустав. Коксартроз (КА) встречается в 40% случаев, как правило, протекает тяжело, сопровождается выраженным болевым синдромом, значительной утратой функции сустава, быстро инвалидизирует больного [1].

Тазобедренный сустав является крупным шарнирным суставом, играющим основную роль в поддержании массы тела, осанки и передвижении (ходьба, бег, прыжки и т. д.), поэтому он должен обладать большим объемом движений при выраженной стабильности. Стабильность сустава обеспечивается:

- сильными мышцами, действующими через сустав;
- прочной фиброзной капсулой;
- глубоким проникновением головки в суставную впадину.

Силы, действующие через тазобедренный сустав, часто значительны, например при стоянии на обеих ногах (1/3

Таблица 3. *Динамика клинических показателей в основной группе*

Показатель	Исходно	Через 6 мес	Через 1 год
ВАШ покоя, мм	34,21±6,15	21,54±8,65*	21,75±8,83*
ВАШ ходьбы, мм	73,84±12,83	42,67±11,34**	34,86±11,24**
ФИЛ, баллы	10,07±1,93	5,12±3,44**	5,46±3,16**
WOMAC глобальный, мм	881,52±167,52	567,98±154,44**	533,96±168,22**

Примечание. Здесь и в табл. 4: достоверность различий: * – p<0,05; ** – p<0,01.

Таблица 4. *Динамика клинических показателей в контрольной группе*

Показатель	Исходно	Через 6 мес	Через 1 год
ВАШ покоя, мм	32,55±5,65	22,45±8,40*	29,91±8,91
ВАШ ходьбы, мм	70,43± 5,32	36,21±11,65**	67,49±11,04
ФИЛ, баллы	9,89± 1,44	5,98±2,98**	8,08±4,23
WOMAC глобальный, мм	793,43±142,88	600,12±157,86*	754,21±166,25

Таблица 2. *Характеристика больных контрольной группы*

Показатель	Больные контрольной группы (n=28)
Возраст, годы	46,7±10,4
Пол, абс/% женщины мужчины	19/67,9 9/32,1
Продолжительность заболевания, годы	6,7±5,9
Рентгенологическая стадия, абс/% I II III	6/21,4 19/67,8 3/10,8
Двусторонний КА, абс/%	9/32,1

массы тела), стоянии на одной ноге (2,5 × масса тела), ходьбе (1,5–6 × масса тела). По-видимому, этим обусловлена высокая частота развития ОА тазобедренного сустава. Кроме того, формированию КА способствуют следующие факторы:

- травма сустава;
- идиопатическая, часто семейная, протрузия подвздошной впадины;
- деформация головки бедренной кости вследствие хондропатии;
- хронический артрит (чаще ревматоидный);
- остеонекроз;
- спортивные нагрузки.

КА обычно развивается после 40 лет. Женщины и мужчины болеют одинаково часто. КА может поражать как один, так и оба тазобедренных сустава. Однако даже в случае двустороннего поражения сначала, как правило, заболевает один сустав и лишь потом к нему присоединяется второй [5].

Чаще всего при КА поражается верхний полюс тазобедренного сустава с верхнелатеральным смещением головки бедренной кости (около 60% больных КА, чаще мужчины). Верхний полюс сустава – зона, через которую проходит ось нагрузки массы тела, поэтому верхний полюс – наиболее уязвимый. Реже встречается поражение медиального полюса сустава с медиальным смещением головки и протрузией вертлужной впадины (около 25% больных, чаще женщины). Концентрическое поражение, при котором поражается весь сустав, – наиболее тяжелый вариант КА, встречается редко [1].

Как правило, при появлении первых симптомов КА больной обращается за помощью к терапевту, который, оценив жалобы пациента, симптомы заболевания, данные инструментальных обследований, должен диагностировать поражение тазобедренного сус-

тава и назначить лечение в ранних стадиях патологического процесса.

Основной симптом КА – боль в паху. Чаще всего боль из паха распространяется вниз по ноге, по передней и боковой поверхности бедра, иногда и на ягодицу. В некоторых случаях больного беспокоит только боль в коленном суставе, что значительно затрудняет диагностику. Характерна скованность в пораженном суставе после периода покоя. Постепенно к болевым ощущениям добавляется ограничение подвижности больной ноги. Пациенту трудно отвести ногу в сторону, подтянуть ногу к груди, надеть носки или обувь, сесть на стул «верхом», широко раздвинуть ноги. Обычно сначала уменьшается объем внутренней ротации, а затем – наружной ротации и угол отведения ноги. В наиболее тяжелых случаях можно услышать (но не пальпировать) крепитации при движении в суставе. Болезненность на латеральной поверхности сустава может быть обусловлена вторичным вертлывым бурситом [1, 3, 4].

В поздних стадиях КА появляется хромота в связи с укорочением ноги вследствие миграции головки бедренной кости, а при двустороннем поражении – «утиная походка». Развивается атрофия мышц бедра и ягодицы, появляются характерные «анталгическая» (коксалгическая) походка и так называемый признак Тренделенбурга: при попытке опереться на пораженную конечность опускается таз.

Необходимо отметить, что в дебюте КА из-за широкой и вариабельной иррадиации боль в тазобедренном суставе необходимо дифференцировать от крестцово-подвздошной, корешковой боли, энтезопатии, симфизита, бурсита, парестетической мералгии [5].

В диагностике КА применяются преимущественно визуализирующие методики, позволяющие оценить структурные изменения в пораженных суставах.

Несмотря на бурное развитие в последние годы таких современных методов медицинской визуализации, как рентгеновская компьютерная томография, магнитно-резонансная томография (МРТ), расширение возможностей ультразвуковой диагностики, рентгенография остается наиболее распространенным объективным методом диагностики и контроля лечения ОА, в частности КА. Это обусловлено доступностью, экономичностью и достаточной информативностью данного метода. В целом рентгенологическая диагностика КА основана на выявлении сужения рентгеновской суставной щели (РСЩ), субхондрального остеосклероза, остеофитов (ОФ). Для оценки изменений всегда проводится исследование обоих тазобедренных суставов. Выявленные рентгенологические признаки стадируются по Келлгрену–Лоуренсу.

В начальных стадиях КА (I–II стадия) определяются:

- незначительное сужение РСЩ;
 - слабовыраженный субхондральный склероз;
 - точечные кальцификаты в области наружного края крыши вертлужной впадины (начальные проявления остеофитоза);
 - заострение краев ямки головки бедренной кости в области прикрепления круглой связки.
- В поздних стадиях КА (III–IV стадия) отмечаются:
- прогрессирующее сужение РСЩ;
 - формирование ОФ различной формы и размеров на краях суставных поверхностей вертлужной впадины;
 - углубление вертлужной впадины, вызванное ростом ОФ;
 - выраженный субхондральный склероз;
 - в далеко зашедших случаях – уменьшение в объеме и уплощение суставной поверхности головки бедренной кости на фоне выраженной кистовидной перестройки костной ткани;
 - костные кисты;
 - асептический некроз головки бедренной кости;
 - подвывихи бедренной кости [6–8].

МРТ является наиболее объективным неинвазивным методом ранней диагностики КА, дающим информацию

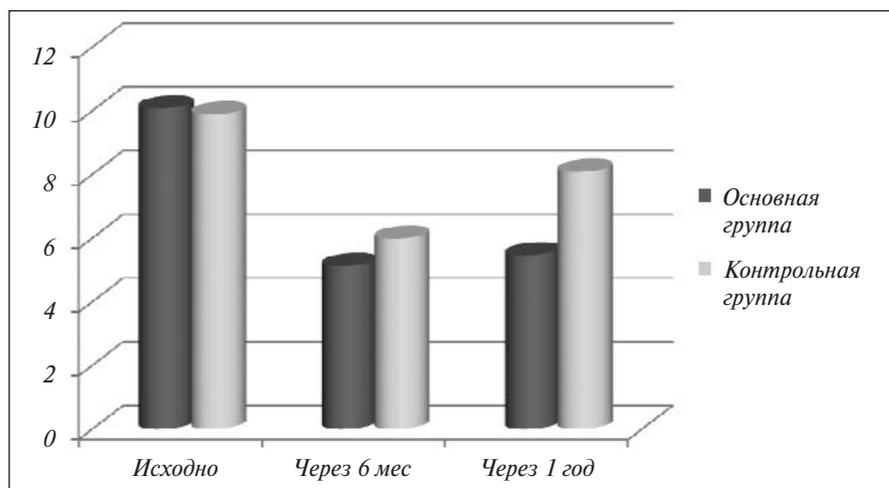


Рис. 1. Динамика ФИЛ в основной группе и контроле; $p < 0,05$ через 1 год наблюдения

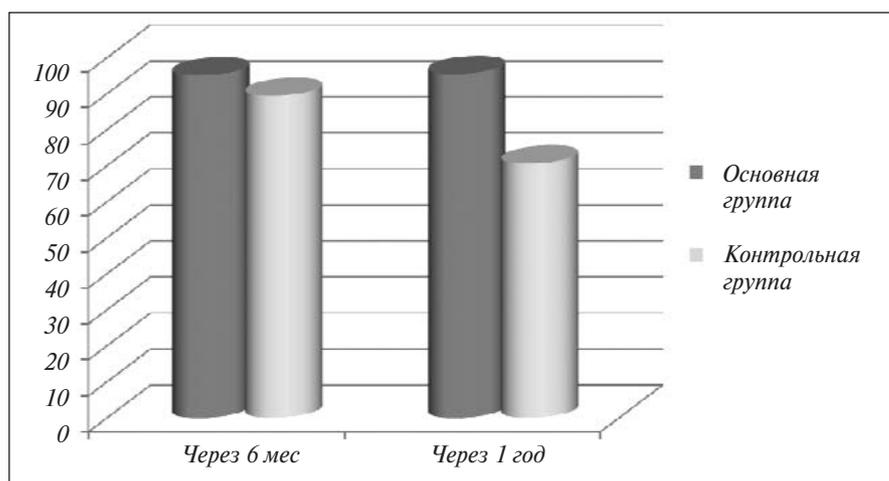


Рис. 2. Процент положительных результатов лечения в основной группе и контроле; $p < 0,05$ через 1 год наблюдения

обо всех частях сустава одновременно и облегчающим изучение структурных и функциональных параметров при заболевании тазобедренного сустава. Итак, МРТ позволяет получить информацию о состоянии:

- суставного хряща: локальные дефекты хряща, неровность поверхности, выраженность истончения;
- субхондральной кости и костного мозга: ОФ, субхондральный костный склероз, образование субхондральных кист, отек костного мозга;
- мягких тканей.

• Кроме того, МРТ дает возможность выявить синовит [9].

Артросонография (УЗИ суставов) также должна использоваться в ранней диагностике КА, так как позволяет получить информацию о мелких деталях поверхности костей, связочно-сухожильного и мышечного аппарата, выявить признаки воспаления (синовит). Недостатками метода являются невозможность визуализации структуры костной ткани, субъективность оценки полученных данных [10–12].

Лечение КА – сложная задача, требующая терпения, последовательности, системности и от врача, и от больного. Терапия заболевания должна включать широкий спектр как немедикаментозных (разгрузка сустава, лечебная физкультура, снижение массы тела, физиотерапевтические процедуры и др.), так и фармакологических методов. Медикаментозное лечение КА предполагает назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), миорелаксантов. При развитии синовита возможно однократное введение глюкокортикоидов в полость сустава. Однако все перечисленные методы лекарственного воздействия дают временный симптоматический эффект, НПВП вызывают тяжелые осложнения. В связи с этим современное лечение ОА, и КА в том числе, должно базироваться на длительном применении препаратов, дающих минимальные побочные эффекты и, возможно, влияющих на течение заболевания (болезнь-модифицирующий эффект). Целью такой терапии является не только уменьшение выраженности симптомов заболевания, улучшение качества жизни больного, но и максимальное отдаление необходимости замены сустава.

Среди препаратов медленного действия, влияющих на симптомы ОА (боль, скованность, ограничение функции) и, возможно, сдерживающих темпы прогрессирования ОА, безусловно наиболее изучены глюкозамин (ГА), хондроитин сульфат (ХС), а также их комбинации [13–16]. Многочисленные исследования эффективности этих препаратов при ОА продемонстрировали значительное положительное влияние ГА и ХС на симптомы, а также течение заболевания. Однако полученные результаты касаются главным образом ОА коленных суставов (гонартроза), в меньшей степени изучена эффективность ГА и ХС при КА.

Нами проведено исследование, в котором было оценено влияние длительной (в течение 1 года) терапии терафлексом (комбинация ГА и ХС) на симптомы ОА тазобедренного сустава.

Материал и методы. Критериями включения в исследование были первичный КА, отсутствие других заболеваний суставов, функциональный индекс Лекена (ФИЛ) для КА [17] >8 и <12 баллов, отсутствие тяжелой сопутствующей патологии, рентгенологическая стадия КА >I и <III по Келлгрону–Лоуренсу.

Больные КА были разделены на основную (терапия препаратом терафлекс) и контрольную группы. В основную группу вошло 44 пациента с КА: 32 (72,7%) женщины и 12 (27,3%) мужчин, средний возраст – 48,6±12,6 года и средняя длительность КА – 6,5±4,7 года. В соответствии с классификацией Келлгрена–Лоуренса I стадию КА имели 11 (25%), II – 29 (65,9%) и III – 4 (9,1%) обследованных. Характеристика больных основной группы представлена в табл. 1.

Контрольную группу составили 28 пациентов с КА: 19 (67,9%) женщин и 9 (32,1%) мужчин, средний возраст – 46,7±10,4 года и средняя длительность КА – 6,7±5,9 года. В соответствии с классификацией Келлгрена–Лоуренса I стадию КА имели 6 (21,4%) больных, II – 19 (67,8%), III – 3 (10,8%). Характеристика больных контрольной группы представлена в табл. 2.

В ходе исследования оценивали клинические показатели: выраженность боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) при ходьбе и в покое, ФИЛ для КА, глобальный индекс WOMAC [18] на момент включения в исследование, через 6 мес и 1 год наблюдения за больными обеих групп.

Терафлекс назначали традиционно на протяжении 6 мес, а далее – повторными курсами по 2 капсулы в сутки в течение 2 мес с перерывом на 1 мес, общая длительность приема препарата составила 10 мес. При усилении боли в суставах пациенты принимали НПВП. Всем больным контрольной группы с момента включения в исследование был рекомендован прием НПВП в сочетании с различными видами физиотерапии. При достижении положительного эффекта НПВП назначали лишь при усилении боли в суставах.

Статистическую обработку данных проводили с помощью статистического пакета Statistica. Для описания характера распределения количественных признаков определяли средние величины (M), стандартное отклонение (SD). Достоверность различий оценивалась с использованием t-критерия Стьюдента при нормальном распределении признака и с помощью U-критерия Манна–Уитни при ненормальном распределении. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Оценка полученных данных свидетельствовала о положительном влиянии терапии препаратом терафлекс на симптомы КА. Уже через 6 мес его непрерывного приема значительно уменьшилась выраженность боли при ходьбе и в покое, скованность, улучшилась функция пораженных суставов (данные о динамике клинических показателей в основной группе представлены в табл. 3). Положительная тенденция сохранялась и через 1 год приема препарата повторными курсами (ФИЛ, показатель ВАШ покоя и ходьбы, индекс WOMAC достоверно отличались от исходных значений).

В контрольной группе через 6 мес лечения также была отмечена некоторая положительная динамика клинических показателей, однако через 1 год их значения достоверно не отличались от исходных (данные о динамике клинических показателей в контрольной группе представлены в табл. 4). Данные сравнительной оценки полученных результатов лечения в основной и контрольной группах, а также процент положительных результатов лечения показаны на рис. 1 и 2.

Следует отметить, что на фоне лечения препаратом терафлекс уже через 6 мес наблюдения около половины пациентов смогли полностью отказаться от приема НПВП или значительно снизить их суточную дозу. Эта тенденция сохранялась и через 1 год терапии.

Выводы. Таким образом, полученные результаты указывают на положительный симптоматический, противовоспалительный эффект длительного лечения препаратом терафлекс

при ОА тазобедренных суставов. Оценить влияние такой терапии на прогрессирование КА (структурно-модифицирующий эффект) мы планируем в более длительном исследовании.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Коваленко В.Н., Борткевич О.П. Остеоартроз. Киев: МОРИОН, 2003.
2. Алексеева Л.И. Современные представления о диагностике, лечении и профилактике остеоартроза. РМЖ 2000;8(9):377–82.
3. Цурко В.В. Остеоартроз: проблема гериатрии. М.: Ньюдиамед, 2004.
4. Цурко В.В. Остеоартроз: гериатрическая проблема. РМЖ 2005;13(24):1627–31.
5. Доэрти М., Доэрти Д. Клиническая диагностика болезней суставов. Минск: Тивали, 1993.
6. Duncan R.C., Hay E.M., Saklatvala J. et al. Prevalence of radiographic osteoarthritis – it all depends on your print of view. Rheumatology 2006;45:757–60.
7. Duncan R., Peat G., Thomas E. et al. Symptoms and radiographic osteoarthritis: not as discordant as they are made out to be? Digest for ours. Osteoarthritis 2006;1:3.
8. Kellgren J.H., Lawrence J.S. Radiographic assessment of osteoarthritis. Ann Rheum Dis 1957;16:494–501.
9. Link T.M., Steinbach L.S., Ghosh S. et al. Osteoarthritis: MR-imaging findings in different stages of disease and correlation with clinical findings. Radiology 2003;226:373–81.
10. Grassi W., Cervini C. Ultrasonography in rheumatology: an evolving technique. Ann Rheum Dis 1998;57(5):268–71.
11. Grassi W., Lamanna G., Cervini C., Farina A. Sonographic imaging of normal and osteoarthritic cartilage. Semin Arthr Rheum 1999;28:398–403.
12. Hattori K., Ikeuchi K., Morita Y. et al. Quantitative ultrasonic assessment for detecting microscopic cartilage damage in osteoarthritis. Arthr Res Ther 2005;7:38–46.
13. Алексеева Л.И. Современные подходы к лечению остеоартроза. РМЖ 2003;4:85–8.
14. Zhang W., Moskovitz R.W., Nuki G. et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis. Part I: Critical appraisal of existing treatment guidelines and systematic review of current research evidence Osteoarthritis Cart 2007;15:981–1000.
15. Zhang W., Moskovitz R.W., Nuki G. et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis. Osteoarthritis Cart 2008;16:137–62.
16. Zhang W.B., Zhuang C.Y., Li J.M. et al. Efficacy and safety evaluation of glucosamine hydrochloride in the treatment of osteoarthritis. Zhonghua Wai Ke Za Zhi 2007;15:998–1001.
17. Lequesne M., Samson M., Gerard P., Mery C. Pain-function indices for the follow-up of osteoarthritis of the hip and the knee. Rev Rheum Mal Osteoartic 1990;57(9pt2):32–6.
18. Bellamy N., Buchanan W.W., Goldsmith C.H. et al. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. J Rheum 1998;15:1833–40.

Частота остеопоротических переломов бедра у лиц старшей возрастной группы г. Кемерово

Т.А. Раскина, Ю.В.Аверкиева

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России

Цель исследования – изучить частоту остеопоротических переломов проксимального отдела бедра (через 6, 12 и 24 мес) у лиц старшей возрастной группы г. Кемерово.

Материал и методы. Проанализирована частота переломов бедра у лиц 50 лет и старше, наблюдавшихся в травматологических отделениях Кемерово с 1 января 2004 г. по 31 декабря 2008 г.

Результаты исследования. Частота переломов бедра по обращаемости за исследуемый период составила для лиц обоего пола 277,75 на 100 тыс. населения в возрасте 50 лет и старше: для мужчин – 179,59, для женщин – 335,96. Наименьшая распространенность переломов бедра среди жителей Кемерово старшей возрастной группы отмечена в 2004 г.: у мужчин – 26,77 на 100 тыс., у женщин – 49,17 на 100 тыс. ($p < 0,05$). Наибольшая частота переломов зарегистрирована в 2005 г. и составила среди мужчин 40,59 на 100 тыс., среди женщин – 79,64 на 100 тыс. ($p < 0,05$). Установлено, что в возрасте 50–79 лет переломы бедра встречались чаще у женщин, чем у мужчин. Статистически значимые различия между группами получены для возрастных групп 50–54; 55–59; 65–69; 70–74 и 75–79 лет ($p < 0,05$). Среди лиц в возрасте 80 лет и старше переломы бедра чаще отмечались у мужчин, чем у женщин ($p > 0,05$).

Заключение. Частота остеопоротических переломов бедра у женщин старшей возрастной группы, проживающих в Кемерово, была выше, чем у мужчин во все годы наблюдения. Максимальное число переломов пришлось на возрастную группу 75 лет и старше как в мужской, так и в женской популяции.

Ключевые слова: остеопороз, переломы проксимального отдела бедра, мужчины, женщины.

Контакты: Юлия Валерьевна Аверкиева doctorjulia@rambler.ru

Incidence of osteoporotic femur fractures in old people living in Kemerovo

T.A. Raskina, Yu.V. Averkieva

Kemerovo State Medical Academy, Ministry of Health of Russia

Objective: to study the incidence rate of osteoporotic proximal femoral fractures in old persons from Kemerovo after 6, 12, and 24 months.

Subjects and methods. The incidence of femur fractures was analyzed in people of 50 years or older who had been followed up in the Kemerovo units from 1 January 2004 to 31 December 2008.

Results. In the examined period, the incidence of femur fractures by referrals for both sexes was 277.75 per 100,000 population 50 years of age