

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ВТОРИЧНОГО ОСТЕОПОРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

© Доскина Е.В.¹, Кочергина И.И.¹, Аметов А.С.¹, Ильина Е.С.¹, Мельникова Е.Н.²

¹ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва

²ООО «Преамбула», Москва

Актуальность: Увеличение количества пациентов с различными дерматологическими заболеваниями, получающих глюкокортикостероидные (ГК) препараты (ГКП) длительными курсами, а в ряде случаев пожизненно. Это неизбежно способствует росту осложнений ГК терапии. Глюкокортикоидный остеопороз (ГОП) является одним из наиболее тяжелых из них. По эпидемиологическим данным в настоящее время остеопороз выявлен у более чем 75 млн человек.

Цель: оценить эффективность и безопасность комплексного подхода в лечении пациентов ГОП на фоне дерматологических заболеваний.

Материалы и методы: скринировано 81 пациент, из которых в дальнейшем исключено 37 человек в связи с наличием признаком вторичного остеопороза или противопоказаний для проведения патогенетической антирезорбтивной терапии (Золедроновая кислота или моноклональное антитело к RANKL) или препаратам кальция, витаминам D, K2 или несогласие пациента. Рандомизировано 44 пациента с впервые выявленным глюкокортикоидным остеопорозом (M81.4) – в возрасте от 27 до 47 лет (39±6), из них 8 мужчин и 36 женщины. ГКП применялись для лечения различных дерматологических заболеваний. В качестве антирезорбтивной терапии применялись – дженерический препарат Золедроновой кислоты (ATX- M05BA08) или моноклональное антитело к RANKL (ATX-M05BX04), в комбинации с холекальциферолом, витамином K2 и комплексом кальций-магний-цинк. Инструментальные методы – оценка минеральной плотности костной ткани (МПКТ) – Lunar Prodigy, УЗИ почек, ЭХОКГ, ЭКГ. Лабораторный контроль – 25 ОН D3, общий и ионизированный кальций, липидограмма, гомоцистеин, P1NP Beta-Cross laps, общий анализ мочи (Лаборатория АрхиМед, Москва). Длительность наблюдения 15 месяцев. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 10.1 с использованием параметрических и непараметрических методов. Статистически значимыми признаны результаты при $p \leq 0.05$.

Результаты: При обследовании у 90,9% выявлено снижение уровня 25 ОН D3, из них у 37,5% – тяжелый дефицит (≤ 10 нг/мл); у 45,0% – дефицит (от 10 до 20 нг/мл) и у 17,5% – недостаточность (21-29 нг/мл). Ни у кого не выявлено гипокальциемии. Таким образом, первым этапом терапии была индивидуализированная коррекция уровня витамина D (доза холекальциферола составляла от 6000 до 18000 с контролем 25 ОН D каждые 3 недели). После достижения уровня 25 ОН D3 более 29 нг/мл методом случайных чисел пациенты были разделены 2 группы – группа 1 (ГР-1) 22 пациента получали Золедроновую кислоту 5 мг 1 раз в год, группа 2 (ГР-2) – 22 человека – Деносуаб 60 мг/мл – каждые 6 месяцев. Все пациенты получали нутрицевтивную терапию – холекальциферолом 600 мг в сутки, витамином K2 – 100 мкг и комплексом кальций-магний-цинк – 1 таблетка – 2 раза в день.

Через 3 месяца отмечена положительная динамика маркеров костного ремоделирования у всех пациентов. Не выявлено гиперкальциемии или гиперкальциурии. У 6,8% отмечено снижение уровня 25 ОН D3 – это корректировалось увеличением дозы холекальциферола до 1800-3000 мг в сутки. При исследовании МПКТ у пациентов 1 и 2 групп не зафиксировано отрицательной динамики. У 72,4% пациентов 1 группы отмечена положительная динамика (от 1–3%) и 27,6% – стабилизация. В группе 2 у 86,6% – положительная динамика (от 1 до 2,5%) и 13,3% стабилизация. Ни у одного пациента не отмечено атрауматического перелома (АТП). Однако у 3 человек перелом лучевой кости (2- правой и 1-левой) – падения в гололед.

Отрицательной динамики при ЭКГ исследовании через 3,6,9,12 месяцев не выявлено, однако у 4,5%, отмечено обострение язвенной болезни желудка (однако это было связано с увеличением дозы ГКП). Через 12 месяцев ни у кого не было зафиксировано роста или кальцификации бляшек (коронарных сосудов, брюшной части аорты и сонных артериях) по данным ЭХОКГ в динамике. При УЗИ почек – отрицательной динамики не выявлено.

Обсуждение: Особенности ведения пациентов с ГКО является высокий риск развития атрауматических переломов. У обследованной группы в анамнезе – у 84,1% имели место АТП (при этом у 54,5% по данным DEXA остеопения, а у 2 – нормальные значения минеральной плотности костной ткани). В связи с этим возникают сложности с диагностикой ОП, с одной стороны, мотивацией пациентов к длительному лечению, с другой. Только ранее, а лучше профилактическое комбинированное назначение антирезорбтивной терапии с холекальциферолом, витамином K2 и комплексом кальций-магний-цинк способно снизить, а в ряде случаев и предотвратить развитие атрауматических переломов.

Заключение: комбинированное назначение антирезорбтивной терапии и комбинации с холекальциферолом, витамином K2 и комплексом кальций-магний-цинк является безопасным и эффективным в лечении пациентов с глюкокортикоидным остеопорозом.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Остеопороз; антирезорбтивная терапия; кожные заболевания.

MODERN OPTIONS OF COMBINED THERAPY FOR SECONDARY OSTEOPOROSIS IN PATIENTS WITH DERMATOLOGICAL DISEASES

© Doskina E.V.¹, Kochergina I.I.¹, Ametov A.S.¹, Ilyina E.S.², Melnikova E.N.³

¹Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow

²LLC «Preamble», Moscow

KEYWORDS: Osteoporosis; antiresorptive therapy; dermatological diseases