ОТЧЕТ О МЕЖДУНАРОДНОМ СИМПОЗИУМЕ ПО ОСТЕОПОРОЗУ

© Л.Я. Рожинская, А.С. Луценко

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Минздрава России, Москва

26 октября 2021 г. состоялся Международный научный интернет-симпозиум «Актуальные вопросы лечения пациентов с остеопорозом», в котором приняли участие профессор Джон Билезикян (Почетный заведующий кафедрой эндокринологии Колледжа врачей и хирургов им. Вагелоса Колумбийского университета, Нью-Йорк), профессор Лесняк О.М. (Президент Российской ассоциации по остеопорозу), профессор Родионова С.С. (Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова), д.м.н. Белая Ж.Е. (профессор кафедры эндокринологии Института высшего и дополнительного профессионального образования ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России). Вебинар состоялся при поддержке компании «Амджен».

Симпозиум открыла Ольга Михайловна Лесняк, которая осветила мультидисциплинарный подход в организации центров вторичной профилактики переломов в России. По данным аудита состояния проблемы остеопороза в восьми странах бывшего СССР (2020), к 2035 г. существенно увеличится доля людей старше 50 лет как в России, так и странах СНГ, что приведет, по оценочным данным, к увеличению частоты случаев переломов проксимального отдела бедренной кости (каждые 3 минуты будет происходить этот перелом). Современное лечение переломов у пожилых, включая реабилитацию, может быть обеспечено мультидисциплинарным подходом, который сочетает в себе мастерство хирурга с опытом и знаниями гериатров, реабилитологов и врачей других терапевтических специальностей, а также медицинских сестер. Для этой цели 5 российских организаций: Российская ассоциация по остеопорозу, Российская ассоциация геронтологов и гериатров, АО «Травма-Россия», Союз реабилитологов России, Общество пациентов «ОСТЕОРУС» создали в 2021 г. Альянс «Хрупкий возраст», который является представителем в Российской Федерации глобальной международной организации Fragility Fracture Network (FFN). Миссия Альянса — содействовать продвижению в системе здравоохранения Российской Федерации мультидисциплинарного ведения пожилого пациента с переломом, включая вторичную профилактику переломов. Это возможно через обучение российских врачей и медицинских сестер принципам ортогериатрического подхода, разработку на основе лучших научных данных методических рекомендаций, протоколов и других документов, установление связей с другими российскими и международными общественными профессиональными и пациентскими организациями, информирование широкой общественности, включая родственников пожилых пациентов с переломами, о возможностях ортогериатрической помощи. Профессор Лесняк отметила, что в Клинических рекомендациях по остеопорозу Министерства здравоохранения РФ, которые были приняты в 2021 г., выделено следующее.

- Профилактика повторных переломов заключается в лечении заболевания, наиболее часто остеопороза, сопровождающего патологические переломы у пожилых пациентов.
- Назначение антирезорбтивной терапии (бисфосфонаты, деносумаб) не влияет на длительность сращения перелома.
- С целью своевременного назначения терапии остеопороза и обеспечения длительного наблюдения за пациентами 50 лет и старше с патологическими переломами для снижения риска повторных переломов **рекомендуется** создавать Службы профилактики повторных переломов [1].

В заключение О.М. Лесняк отметила, что пожилой пациент, недавно перенесший перелом, независимо от уровня травмы имеет высокий риск повторных переломов и должен получать лечение, направленное на снижение этого риска. Службы профилактики повторных переломов должны стать частью рутинной практики российского здравоохранения.

Следующий доклад «На чем основан современный выбор антиостеопоротической терапии?» был представлен профессором Джоном Билезикяном (США), который подтвердил основные выводы эпидемиологических исследований о том, что остеопороз и возникающие переломы являются одними из наиболее опасных заболеваний XXI в. Профессор Билезикян подчеркнул, что диагностика остеопороза осуществляется по наличию остеопоротического перелома, Т-критерию (по данным центральной денситометрии) <2,5 и оценке риска переломов с использованием шкалы FRAX (**если 10-летний риск перелома составляет ≥3% для перелома бедра или ≥20% для значимого остеопоротического перелома**), а также в необходимости исключения вторичных причин остеопороза. **Основной целью антиостеопоротической терапии является снижение риска перелома.** В докладе были также рассмотрены подходы к назначению антирезорбтивных препаратов. Было подчеркнуто, что назначение деносумаба при постменопаузальном остеопорозе в исследовании FREEDOM [2] эффективно снижает частоту вертебрального перелома на 68%, внепозвоночного перелома на 20% и перелома бедра на 40% через 3 года. Кроме того, деносумаб эффективен в группах «высокого риска»: возраст, наличие перелома в анамнезе и очень низкое значение Т-критерия [3].

Данные продленного исследования FREEDOM в течение 10 лет подтверждают эффективный прирост минеральной плотности кости (МПК) в течение всего периода терапии деносумабом: прирост МПК в поясничном отделе

© Russian Association of Endocrinologists, 2021

позвоночника составил 21,7% за 10 лет, бедренной кости 9,2%, и сохранялось снижение риска перелома позвоночника, бедра и внепозвоночного перелома на протяжении 10 лет [4]. В докладе были освещены основные данные об эффективности перевода терапии с бисфосфонатов на деносумаб и с анаболической терапии на деносумаб. Отмечено, что по показателям постоянства применения деносумаб превосходил альтернативные препараты для лечения остеопороза [4]. Как и другие антирезорбтивные препараты, деносумаб обладает обратимым механизмом действия, поэтому у женщин с остеопорозом, находящихся в постменопаузе и получающих деносумаб, риск переломов следует повторно оценивать через 5–10 лет; женщины, у которых сохраняется высокий риск переломов, должны либо продолжать лечение деносумабом, либо получать другие препараты для лечения остеопороза [5]. В докладе также были представлены обновленные Европейские и Американские клинические рекомендации по эндокринологии (ESE, AACE) с разделением пациентов по уровню риска [5, 6]: высокий риск переломов — это Т-критерий ≤–2,5 или предшествующий перелом бедра, или вертебральный перелом, или FRAX ≥20% (значимый остеопоротический перелом), или ≥3% (перелом бедра). Очень высокий риск переломов — это:

1. Т-критерий ≤–2,5 и остеопоротические переломы;
2. Т-критерий <–3,0 или 1 перелом в течение предшествующих 12 мес;
3. перелом на фоне лечения патогенетическим антиостеопоротическим препаратом;
4. множественные вертебральные переломы;
5. тяжелый вертебральный перелом (снижение высоты позвонков >40%);
6. FRAX >30% (значимый остеопоротический перелом) или более 4,5% (перелом бедра);
7. высокий риск падений.

Применение деносумаба рекомендовано как у пациентов высокого, так и очень высокого риска.

Следующий доклад «Роль травматолога в лечении и профилактике повторных переломов, возникших на фоне остеопороза» был представлен профессором Родионовой С.С., в нем отмечено, что тенденции к сокращению переломов не наблюдается из-за увеличения в популяции продолжительности жизни и числа лиц пожилого и старческого возраста, а также низкой назначаемости фармпрепаратов для лечения системного остеопороза, в том числе и после случившегося перелома [7]. Рассмотрены основные особенности хирургического вмешательства при переломе на фоне остеопороза, т.к. скомпрометированная остеопорозом кость предрасполагает к повышенному риску осложнений при хирургическом лечении патологических переломов. Корреляция снижения МПК с риском нарушения фиксации перелома доказана рядом экспериментальных работ [8].

Последовательность действий травматолога при переломах на фоне остеопороза представлена в клинических рекомендациях МЗ РФ «Патологические переломы, осложняющие остеопороз» [9]. Лечение переломов на фоне остеопороза должно обязательно включать не только адекватный остеосинтез или первично стабильную фиксацию эндопротеза, но и коррекцию нарушенного метаболизма костной ткани. При остеопорозе исходное изменение интенсивности (ускорение или замедление) механизмов ремоделирования приводит к транзиторному или постоянному нарушению физиологии костной ткани и, как следствие, — нарушению консолидации. При переломах проксимального отдела бедренной кости на фоне остеопороза для обеспечения консолидации перелома в обычные сроки (или стабильности при эндопротезировании), снижения смертности и профилактики повторных переломов независимо от пола спустя 1–2 мес после рекомендуются антирезорбтивные препараты (бисфосфонаты и деносумаб) [9]. В исследовании Freedom было показано отсутствие негативного влияния деносумаба на консолидацию внепозвоночных переломов, включая и перелом проксимального отдела бедренной кости [10]. В докладе отмечено, что имеются данные исследований о том, что деносумаб может быть альтернативой хирургического лечения остеолиза при асептической нестабильности. В заключение выступления отмечено, что использование травматологами деносумаба для инициации лечения остеопороза, осложненного переломом, показало, что фармакотерапия в послеоперационном периоде создает условия для консолидации перелома в обычные для данной локализации сроки и является важным шагом в профилактике повторных переломов.

В заключительном докладе Ж.Е. Белой были рассмотрены клинические случаи сочетанной патологии терапии остеопороза в практике эндокринолога. В докладе представлены пошагово обследования, постановка диагноза и лечение пациентов с остеопорозом и сахарным диабетом, а также гиперпаратиреозом и дефицитом витамина D в соответствии с рекомендациями по остеопорозу, утвержденными МЗ РФ в 2021 г. [1].

Ж.Е. Белая также представила основные данные о лечении остеопороза в условиях новой коронавирусной инфекции.

Лечение остеопороза, наиболее вероятно, не влияет на риск заражения или тяжесть течения COVID-19 [11].

Отсроченное введение деносумаба на 3 мес и более ассоциируется с потерей МПК и повышением риска переломов [12], поэтому оно не должно прерываться во время эпидемии и при других обстоятельствах

Вакцинация для предупреждения коронавирусной инфекции не требует отмены лечения остеопороза**.** При этом интервал между введениями вакцины и инъекциями деносумаба, золедроновой, ибандроновой кислот должен быть 5–7 дней, для терипаратида место введения должно быть отличным от места введения вакцины, лечение таблетированными формами не требует коррекции [13].

В заключение Жанна Евгеньевна отметила, что:

1. вторичный остеопороз на фоне эндокринных заболеваний имеет некоторые особенности в диагностике повышенной хрупкости скелета, в частности, пациенты с сахарным диабетом и гиперкортицизмом характеризуются повышенным риском переломов на фоне высокой МПК;
2. необходимы максимально возможная компенсация основного эндокринного заболевания и лечение остеопороза у лиц старшей возрастной группы в соответствии с общими принципами лечения постменопаузального остеопороза.

Запись симпозиума расположена на платформе «Интернист» (Национальное общество усовершенствования врачей им. С.П. Боткина) и доступна для просмотра для специалистов здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

1. Клинические рекомендации «Остеопороз». Доступно по: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/87_4
2. Cummings S, Martin J, McClung M, et al. Denosumab for Prevention of Fractures in Postmenopausal Women with Osteoporosis. *New England Journal of Medicine*. 2009;361(8):756-765. doi: https://doi.org/10.1056/nejmoa0809493
3. Boonen S, Adachi JD, Man Z, et al. Treatment with Denosumab Reduces the Incidence of New Vertebral and Hip Fractures in Postmenopausal Women at High Risk. *J Clin Endocrinol Metab*. 2011;96(6):1727-1736. doi: https://doi.org/10.1210/jc.2010-2784
4. Bone H, Brandi M, Brown J, et al. OP0306 Ten Years of Denosumab Treatment in Postmenopausal Women with Osteoporosis: Results from The Freedom Extension Trial. *Ann Rheum Dis*. 2016;75(Suppl 2):173.2-174. doi: https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-eular.1314 5.
5. Eastell R, Rosen CJ, Black DM, et al. Pharmacological Management of Osteoporosis in Postmenopausal Women: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2019;104(5):1595-1622. doi: https://doi.org/10.1210/jc.2019-002217.
6. Camacho PM, Petak SM, Binkley N, et al. American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Postmenopausal Osteoporosis — 2020 Update. *Endocr Pract*. 2020;26(3):1-46. doi: https://doi.org/10.4158/GL-2020-0524SUPPL
7. Kim SC, Kim MS, Sanfélix-Gimeno G, et al. Use of osteoporosis medications after hospitalization for hip fracture: a cross-national study. *Am J Med*. 2015;128(5):519-26.e1. doi: https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.01.014
8. Seebeck J, Goldhahn J, Städele H, et al. Effect of cortical thickness and cancellous bone density on the holding strength of internal fixator screws. *J Orthop Res*. 2004;22(6):1237-42. doi: https://doi.org/10.1016/j.orthres.2004.04.001
9. Клинические рекомендации МЗ РФ «Патологические переломы, осложняющие остеопороз». Доступно по: https://www.cito-priorov.ru/cito/files/%D0%9F%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B5_%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%BC%D1%8B_%D0%BE%D1%81%D0%BB_%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BE%D0%BF%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B7.pdf
10. Adami S, Libanati C, Boonen S, et al. Denosumab treatment in postmenopausal women with osteoporosis does not interfere with fracture-healing: results from the FREEDOM trial. *J Bone Joint Surg Am*. 2012;94 (23):2113-9. doi: https://doi.org/10.2106/JBJS.K.00774
11. Atmaca A, Demirci I, Haymana C, et al. No association of anti-osteoporosis drugs with COVID-19-related outcomes in women: a nationwide cohort study. *Osteoporos Int*. 2021;17:1–10. doi: https://doi.org/10.1007/s00198-021-06067-2
12. Huang CF, Shiao MS, Mao TY. Retrospective Analysis of the Effects of Non-Compliance with Denosumab on Changes in Bone Mineral Density During the COVID-19 Pandemic. *Patient Prefer Adherence*. 2021;15:1579-1584. doi: https://doi.org/ 10.2147/PPA.S316144]
13. Tsourdi E, Yu EW, Jan de Beur SM, Drake MT. Vaccination for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Relationship to Osteoporosis Care: Current Evidence and Suggested Approaches. *J Bone Miner Res*. 2021;36(6):1042-1047. doi: https://doi.org/10.1002/jbmr.4304

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ [AUTHORS INFO]

Рожинская Людмила Яковлевна, д.м.н., профессор [**Liudmila Y. Rozhinskaya**, MD, PhD, Professor]; адрес: 117036, Москва, ул. Дмитрия Ульянова, д. 11 [address: 11 Dmitriya Ul'yanova St, 117036 Moscow, Russia]; ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7041-0732; Researcher ID: B-6618-2017; Scopus Author ID: 55121221200; eLibrary SPIN: 5691-7775; e-mail: lrozhinskaya@gmail.com

Луценко Александр Сергеевич [**Alexander S. Lutsenko**, MD]; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9314-7831; eLibrary SPIN: 4037-1030; e-mail: some91@mail.ru