

и ПОП для оценки минеральной плотности костной ткани: на уровне L1-L4 Т-критерий составлял (-3,0 SD). Маркер формирования костного матрикса P1NP – 40,3 нг/мл (15-80), маркер костной резорбции b-CrossLaps – 0,810 нг/мл (<0.704), показатели кальций-фосфорного обмена и 25-ОН-Д3 в пределах референсных измерений, обращала на себя внимание стойкая гипопроотеинемия. При подробном сборе анамнеза выявлено, что пациент с 2000 года соблюдает низкобелковую диету. Установлен диагноз «вторичный глюкокортикоидный остеопороз тяжелого течения с множественными компрессионными переломами позвоночника с очень высоким риском переломов». Пациенту разъяснена необходимость сбалансированного питания с достаточным употреблением в пищу белковых и кальцийсодержащих продуктов. Инициирована терапия аналогом паратиреоидного гормона – терипаратидом 20 мкг подкожно 1 раз в сутки, холекальциферол 3500 МЕ в сутки и карбонат кальция 3000 мг в сутки, альфакальцитриол 1 мкг в сутки. Терапию переносил удовлетворительно: отмечал уменьшение болевого синдрома, повышение толерантности к физической нагрузке: стал самостоятельно передвигаться, подниматься по лестнице без посторонней помощи. Новых переломов зафиксировано не было. Через 3 месяца маркер костной резорбции b-CrossLaps – 1,24 нг/мл (<0.704).

В мае 2020 года плановая денситометрия для оценки эффективности терапии не проводилась ввиду госпитализации по поводу новой коронавирусной инфекции тяжелого течения. В стационаре в рамках лечения COVID-19 проводилась инфузия 60 мг преднизолона в сутки на протяжении 3 дней. После выписки рекомендовано продолжить приём метилпреднизолона 16 мг в сутки, через месяц в связи с рецидивом системного васкулита ревматологом увеличена доза метилпреднизолона до 96 мг в сутки с последующим постепенным снижением до 4 мг в течение 12 недель. Был рассмотрен вопрос об отмене метилпреднизолона, но с целью избежания повторного рецидива аутоиммунного процесса решено продолжить приём ГКС в поддерживающей дозе 4 мг через день.

В мае 2021 госпитализирован в связи с новой коронавирусной инфекцией среднетяжелого течения. В течение 6 дней проводились инфузии дексаметазона 20 мг в сутки. После выписки из стационара возобновлена терапия метилпреднизолоном 4 мг через день. В июне 2021 была повторно проведена денситометрия бедра и ПОП: на уровне L1-L4 Т-критерий составляет (-2,2 SD). В анализе крови выявлен дефицит 25-ОН-Д3, проводилась терапия насыщенными дозами холекальциферола, сохранялась гипопроотеинемия: ввиду трудностей соблюдения диетических рекомендаций, к терапии добавлен специализированный пищевой продукт с высоким содержанием белка. В июле 2021 года инициирована терапия деносумабом 60 мг 1 раз в 6 месяцев (в сочетании с препаратами кальция и холекальциферолом), выявлена положительная динамика в анализе b-CrossLaps по сравнению с 2019 годом - 0,539 нг/мл (<0.704), кальций и витамин Д в пределах референсных значений.

Денситометрия бедра и ПОП в динамике от марта 2022: на уровне L1-L4 Т-критерий составляет (-2,0 SD), b-CrossLaps – 0,087 нг/мл (<0,704). Терапию переносил удовлетворительно: отмечает повышение толерантности к физической нагрузке – самообслуживание без посторонней помощи, введение коротких прогулок в режим дня. Новых переломов зафиксировано не было.

Заключение: В настоящее время частота вторичного остеопороза увеличилась в связи с частым назначением ГКС для лечения осложнений новой коронавирусной инфекции тяжелого течения. Данная ситуация осложняется тем, что диагностика и начало лечения могут быть отсрочены по причине длительного периода самоизоляции и трудностей в получении плановой медицинской помощи и обследований во время пандемии. В клинической практике необходимо помнить о динамическом наблюдении пациентов, принимающих ГКС постоянно либо эпизодически в высоких дозах, для своевременного выявления остеопороза и инициации терапии. В нашем наблюдении у пациента в течение 24 месяцев лечения тирипаратидом с последующим переходом на терапию деносумабом отмечался значительный прирост МПК в начале терапии и дальнейшее сохранение уровня МПК, несмотря на постоянную терапию высокими дозами ГКС, новых переломов зафиксировано не было. Тирипаратид для лечения тяжелого глюкокортикоид-индуцированного остеопороза с двумя и более переломами тел позвонков у пациентов с длительным приёмом высоких доз ГКС является эффективным методом предупреждения дальнейших переломов и обеспечивает значительный прирост МПК.

ОЦЕНКА МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОПОРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Баранова И.А., Сулейманова А.К., Захарова В.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

Целью исследования являлась оценка различных методов диагностики остеопороза - калькулятора для расчета риска переломов (Fracture Risk Assessment Tool – FRAX®) и двуэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДРА) аксиального скелета, а также последовательности их применения в диагностическом алгоритме у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) без переломов крупных костей скелета в анамнезе.

Материалы и методы. Проведено одномоментное поперечное исследование с участием пациентов с ХОБЛ вне обострения (n = 115: 93 мужчины, 22 женщины; средний возраст – 67,2 ± 7,1 года). Выполнены клинический осмотр, расчет FRAX® и сопоставление 10-летней вероятности основных остеопоротических переломов с использованием

порога вмешательства для российской популяции, спирометрия, ДПА поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости. Обследование всех больных проведено 5 возможными в клинической практике методами: 1 – FRAX® без ДПА; 2 – FRAX®, а затем проведение ДПА у больных с промежуточной 10-летней вероятностью основных остеопоротических переломов с последующим пересчетом FRAX® с учетом минеральной плотности кости (МПК) в шейке бедренной кости; 3 – FRAX®, а затем ДПА у больных с промежуточной 10-летней вероятностью основных остеопоротических переломов. Учет результатов ДПА без последующего пересчета FRAX®; 4 – ДПА без FRAX®; 5 – ДПА с последующим расчетом FRAX® у лиц с нормальной МПК или остеопенией.

Результаты. В общей выборке пациентов при использовании всех указанных методов исследования (1–5) выявлены 5,1; 7,0; 15,7; 44,3 и 45,2 % лиц с остеопорозом соответственно. У мужчин при использовании методов с применением FRAX® (методы 1–3) наблюдались неудовлетворительные результаты – число больных, нуждающихся в лечении, не превышало 4,3 %, тогда как при рентгеноденситометрии остеопороз был выявлен в 43 % случаев. У женщин лучшим оказался метод 3 (FRAX® + анализ ДПА у больных с промежуточной 10-летней вероятностью основных остеопоротических переломов).

Основными независимыми предикторами снижения МПК являлись показатели объема форсированного выдоха за 1-ю секунду ≤ 30 % долж. после пробы с бронхолитическим препаратом и / или длительный прием пероральных глюкокортикостероидов.

Заключение. При применении российской модели FRAX® у мужчин с ХОБЛ выявлено очень низкое число лиц, нуждающихся в лечении остеопороза; оптимальным методом диагностики являлась двуэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия. Установлено, что при невозможности исследования МПК у большинства пациентов с ХОБЛ, двуэнергетическую рентгеновскую абсорбциометрию аксиальных отделов скелета следует назначать больным с очень тяжелой бронхообструкцией и / или лицам, длительно принимающим пероральные глюкокортикостероиды.

ОЦЕНКА ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Батудева Т.И.

Бурятский государственный университет имени Доржи Банзарова, г. Улан-Удэ

Остеопороз является одним из наиболее распространенных заболеваний, которое занимает ведущее место в структуре заболеваемости и смертности населения. Остеопороз развивается постепенно и клинически нередко диагностируется уже после случившегося перелома. В течение последних 2-3 лет проблеме остеопороза не уделялось должного внимания в связи с пандемией COVID-19, на борьбу с которой были направлены все силы здравоохранения региона и всей страны.

Цель исследования: оценить тактику ведения женщин в возрасте 50 лет и старше, имеющих признаки остеопороза, в амбулаторной практике.

Материалы и методы. Было проведено анкетирование в случайной выборке женщин в возрасте 50 лет и старше, проживающих на территории одной из поликлиник города Улан-Удэ. В анкету, кроме вопросов общего плана о возрасте, росте, весе, знаниях о проблеме остеопороза, входили вопросы о факторах риска остеопороза, наличии хронических заболеваний, приеме препаратов как способствующих развитию остеопороза, так и применяющихся для профилактики и лечения остеопороза, проведении обследования для выявления остеопороза.

Результаты и обсуждение. В анкетировании приняла участие 131 женщина. В исследованной группе оказалось 58 человек в возрасте 50-59 лет, 52 женщины – в возрасте 60-69 лет, 21 пациентка 70 лет и старше.

На вопрос «Знаете ли Вы, что такое остеопороз и чем он опасен?» 81 женщина (62%) ответила утвердительно, 23 человека (17%) ответили отрицательно, 27 (21%) женщин ответили, что «немного знают». В анкете 31 пациентка указала сведения о наличии переломов костей, произошедших при падении с высоты собственного роста в возрасте 50 лет и старше, среди них 9 человек также отметили снижение роста на 4 см и более. Дополнительно о снижении роста на 4 см и более указали еще 23 человека, не имевших переломов в анамнезе. Таким образом, из 131 опрошенной 54 человека, что составляет 41% в исследованной группе, можно клинически отнести к лицам, имеющим остеопороз и требующим лечения данного заболевания.

Полиморбидность была выявлена у 28 из 54 женщин, имеющих переломы в анамнезе, что составило 52%. В группе без переломов в анамнезе множественная коморбидная патология была выявлена в 28 случаях из 77, что составило 36%. Наиболее часто в первой группе встречались заболевания желудочно-кишечного тракта, гипертоническая болезнь, ранняя менопауза. Во второй группе (без переломов в анамнезе) чаще встречались гипертоническая болезнь, сахарный диабет, хронические заболевания почек.

8 пациенток из 131 опрошенной женщины указали в анкете факт приема глюкокортикостероидов по поводу ревматоидного артрита – 5 человек, хронического заболевания почек – 3 пациентки и воспалительного заболевания кишечника – 1 женщина. 6 человек, принимавших глюкокортикостероиды, не имели переломов в анамнезе, 2 женщины – указали на переломы в анамнезе (у одной перелом лучевой кости, у второй – снижение роста на 4 см и более).

По результатам анкетирования всего 24 женщинам проведена остеоденситометрия. Антирезорбтивные препараты принимают всего 15 человек с переломами в анамнезе. Витамин D3 постоянно принимают 43 человека – 32,8%