

ПИТАНИЕ ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ

Дзгоева Ф. Х.

ФГБУ НМИЦ Эндокринологии Минздрава России, Москва

Актуальность. Остеопороз является жизненно важной медицинской проблемой для пожилых людей. В процессе старения постепенная потеря костной массы приводит к остеопении и остеопорозу. Эффективная профилактика переломов за счет уменьшения потери костной массы является основной стратегией в лечении этого заболевания. Помимо фармакологических средств, для лечения остеопороза или предотвращения дальнейших остеопоротических переломов можно использовать коррекцию образа жизни, нутритивную поддержку, стратегии предотвращения падений, физические упражнения.

Результаты. С целью оценки связи между питанием и предупреждением переломов проанализирован целый ряд исследований. Нутритивная поддержка, такая как достаточное количество кальция и витамина D, а также физические упражнения являются одними из важнейших краеугольных камней профилактики остеопороза и необходимы во время лечения фармакологическими средствами. В четырех РКИ (n = 44 505) данные показали, что эффект добавок кальция в предотвращении переломов мало эффективен. Европейское общество клинических и экономических аспектов остеопороза, остеоартрита и заболеваний опорно-двигательного аппарата и Международный фонд остеопороза также пришли к выводу, что текущие данные показывают, что добавки только с кальцием не могут снизить риск переломов. Что касается пищевых добавок с кальцием и витамином D, то в первую очередь следует рассмотреть увеличение потребления кальция с пищей. Когда адекватное потребление кальция с пищей не может быть достигнуто, можно использовать таблетки с добавками кальция. Карбонат кальция биодоступен при приеме во время еды. Цитрат кальция рекомендуется людям с камнями в почках в анамнезе.

Лучшими диетологическими источниками кальция являются молочные продукты, включая молоко, йогурт и сыр. Именно эти пищевые источники кальция одновременно являются поставщиками легкоусвояемого абсолютного белка, необходимого для комплексного подхода лечения остеопороза. Кальций также содержится в орехах, темно-зеленых листовых овощах, сушеном горохе и фасоли. Витамин D встречается в природе только в нескольких продуктах (жирная морская рыба, яичные желтки и печень). Известно, что морская рыба служит источником омега-3 ПНЖК, участвующих в остеосинтезе и упрощающих усвояемость витамина D. Этот витамин также содержится в обогащенных продуктах (молоке и молочных продуктах, таких как йогурты, сыры и маргарины), некоторых соках и сухих завтраках. Безусловно, пищевых источников витамина D часто бывает недостаточно для удовлетворения суточной потребности, воздействие солнечного света на кожу может рассматриваться как источник витамина D путем синтеза, но условия проживания пациентов часто ограничивают такое поступление витамина D в должном объеме.

Кроме этого, было показано, что целый ряд микро- и макроэлементов пищевой корзины, качественный выбор состава макронутриентов, введение адекватного потребления пищевых волокон, про- и пребиотиков в рацион пациента, могут оказать благоприятное влияние, выступая синергистами кальция и витамина D в лечении остеопороза и профилактике остеопоротических переломов. Однако многочисленные вопросы, касающиеся остеопороза и его лечения, остаются неизвестными или спорными и требуют дальнейшего изучения

АНАЛИЗ СОСТАВА ТЕЛА И МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ОСТЕОАРТРИТОМ (СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Добровольская О.В., Сорокина А.О., Феклистов А.Ю., Демин. Н.В., Торопцова Н.В.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение Научно-исследовательский институт ревматологии, Москва

Цель исследования: сравнить состав тела и минеральную плотность костной ткани (МПКТ) у женщин с ревматоидным артритом (РА) и остеоартритом (ОА).

Материал и методы: В исследование включены 133 женщины с РА и 45 женщин с ОА в возрасте 50 лет и старше. Состав тела (общая жировая масса (ОЖМ), мышечная масса, минеральный компонент костной ткани (МККТ)) и МПКТ в поясничном отделе позвоночника (L1-L4), в шейке бедра (ШБ) и в проксимальном отделе бедра (общий показатель, ОПБ) определяли с помощью двуэнергетической рентгеновской абсорбциометрии. Рассчитывали аппендикулярную мышечную массу (АММ) и аппендикулярный мышечный индекс (АМИ). У всех пациентов оценивалась мышечная сила по кистевой динамометрии и результату теста «Встать со стула». Критерии Европейской рабочей группы по саркопении у пожилых людей (EWGSOP2, 2018) были использованы для определения низкой мышечной массы и саркопении (СП). Остеопороз (ОП) диагностировали в соответствии с критериями ВОЗ.

Результаты: Средний возраст пациентов с РА и женщин с ОА составил 61 ± 7 год и 62 ± 6 года соответственно ($p > 0,05$). Количество МККТ и АММ были ниже у пациентов с РА, чем у женщин с ОА: МККТ - $1948,6 \pm 425,7$ г и $2167,1 \pm 398,1$ г соответственно ($p = 0,004$); АММ - $17,5 \pm 2,9$ кг и $20,1 \pm 2,7$ кг соответственно ($p < 0,001$). У 27 (20,3%) женщин с РА и только у 1 (2,2%) - с ОА АММ была низкой ($p = 0,004$). Среднее значение АМИ у пациентов с РА составило $6,8 \pm 1,0$ кг/м²;