

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;

с ОА - $7,5 \pm 0,9$ кг/м² ($p < 0,001$). По абсолютному показателю ОЖМ женщины с ОА превосходили больных РА: $33,2 \pm 9,8$ кг и $28,3 \pm 8,5$ кг соответственно ($p = 0,003$). В то же время мы не обнаружили различий по относительному количеству ОЖМ: $39,2 \pm 5,7\%$ у пациентов с РА и $39,9 \pm 5,8\%$ у лиц с ОА ($p > 0,05$). Ожирение по денситометрическим критериям обнаружено у 99 (77,4%) и 38 (84,4%) женщин с РА и ОА соответственно ($p > 0,05$). Все женщины с низкими АММ/АМИ имели недостаточную мышечную силу. У больных РА МПКТ в любой области измерения была меньше, чем у женщин с ОА: в поясничном отделе позвоночника - $1,026 \pm 0,174$ г/см² и $1,114 \pm 0,177$ г/см² соответственно ($p = 0,009$); в шейке бедра - $0,844 \pm 0,151$ г/см² и $0,914 \pm 0,137$ г/см² ($p = 0,005$); ОПБ $0,878 \pm 0,148$ г/см² и $0,986 \pm 0,117$ г/см² соответственно ($p < 0,001$). У 42 (31,6%) пациенток с РА и у 6 (15,4%) - с ОА выявлен ОП ($p = 0,017$). Нормальная МПК обнаружена у 33 (24,8%) и 24 (53,3%) женщин с РА и ОА соответственно ($p = 0,0004$).

Заключение: пациенты с РА имели более низкие количественные показатели МККТ, МПК, АММ, а также АМИ по сравнению с женщинами с ОА. По относительному количеству жировой массы различий не было. При РА значимо чаще выявлены СП и ОП.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ЛОКОМОТОРНЫМИ ФУНКЦИЯМИ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

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

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

Цель исследования: оценить качество жизни (КЖ) и его связь с мышечной силой и физической работоспособностью у женщин с ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы: в исследование включены 157 женщин с РА (средний возраст $58,6 \pm 8,8$ года, медиана длительности РА 8,0 [4,0; 14] лет). Функциональная недостаточность и КЖ оценивались с использованием анкет оценки здоровья (HAQ), EQ-5D (индекс и визуальная аналоговая шкала, ВАШ), больничной шкалы тревоги и депрессии (HADS, с двумя подшкалами для тревоги и депрессии, HADS-T и HADS-D), ревматоидный артрит влияние заболевания (RAID). Всем пациентам проведена оценка мышечной силы с помощью ручной динамометрии, теста «Встать со стула» и физической работоспособности (ФРС) с использованием краткого комплекса тестов оценки физической формы (The Short Physical Performance Battery, SPPB). Всем женщинам проведена двуэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия всего тела, поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедра. При обработке данных использованы непараметрические методы сравнения и корреляционный анализ по Спирмену (r).

Результаты: 88,5% пациентов с РА имели низкую мышечную силу, 61,1% - низкую физическую работоспособность. Не обнаружено корреляций между ФРС с возрастом, активностью РА, составом тела и минеральной плотностью костной ткани. У лиц со сниженной ФРС показатели HAQ, индекса EQ-5D, ВАШ и RAID были хуже, чем у женщин с нормальным функциональным состоянием скелетной мускулатуры ($p < 0,0001$; $p < 0,0001$; $p = 0,004$; $p = 0,010$ соответственно). Кроме того, у пациентов с низкой ФРС выявлены более выраженные признаки тревоги и депрессии по сравнению с лицами с нормальной физической формой $p = 0,004$ и $p = 0,001$ соответственно). Установлена положительная корреляционная связь между HAQ с количеством сопутствующих заболеваний ($r = 0,35$, $p < 0,001$), отрицательная - с SPPB и скоростью ходьбы ($r = -0,39$ и $r = -0,37$ соответственно, $p < 0,001$). Для индекса EQ-5D выявлены прямые корреляции с SPPB и скоростью ходьбы ($r = 0,44$ и $r = 0,39$ соответственно, $p < 0,001$). HADS-T и HADS-D коррелировали с количеством сопутствующих заболеваний ($r = 0,35$ и $r = 0,34$ соответственно, $p < 0,001$). HADS-T обратно коррелировал с продолжительностью биологической терапии ($r = -0,36$, $p = 0,032$) и с ИМТ ($r = -0,34$, $p < 0,001$), HADS-D - с SPPB ($r = -0,36$, $p < 0,001$). Также выявлены обратные корреляционные связи между RAID с продолжительностью биологической терапии ($r = -0,35$, $p = 0,032$) и SPPB ($r = -0,35$, $p < 0,001$).

Заключение: 88,5% женщин с РА имели низкую мышечную силу, 61,1% - низкую ФРС. КЖ ассоциировалось с низкой физической работоспособностью.

СТАТУС ПИТАНИЯ И КОМПОЗИЦИОННЫЙ СОСТАВ ТЕЛА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

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

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

Цель исследования: у женщин с ревматоидным артритом (РА) оценить нутритивный статус и выявить факторы, связанные с саркопеническим фенотипом состава тела.

Материал и методы: обследована 91 пациентка, медиана возраста 60,0 [51,0; 67,0] лет, с достоверным РА по критериям ACR/EULAR (2010), длительность заболевания 9,0 [6,0; 20,0] лет. Проведено анкетирование по оригинальному