

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ И ОСТЕОПОРОЗОМ

Иванова Ю.Ю., Бугрова О.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Оренбург

Цель. Определить особенности клинического течения системной склеродермии (ССД) у больных с ССД и остеопорозом (ОП).

Материалы и методы. В исследование включены 65 пациентов с ССД: 39 женщин в постменопаузальном периоде, 20 доменопаузальных женщин и 6 мужчин, в среднем возрасте – 51 [39; 61] год. Контрольную группу составили 35 относительно здоровых лиц, сопоставимых по возрасту, соотношению женщин и мужчин, а также антропометрическим показателям с основной группой. Пациентам с ССД было выполнено обследование в соответствии с национальными клиническими рекомендациями «Ассоциации Ревматологов России». Для диагностики ОП выполнялась двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DXA) в поясничном отделе позвоночника (L1-L4), шейке бедра (ШБ) и проксимальном отделе бедра (ПОБ). Критерием ОП у постменопаузальных женщин и мужчин старше 50 лет было значение T-критерия $-2,5$ SD и менее. Снижение костной массы ниже возрастной нормы у доменопаузальных пациенток и мужчин моложе 50 лет диагностировалось при уровне Z критерия, равном $-2,0$ SD и менее. Для статистической обработки была использована программа StatSoft Statistica 10.

Результаты и обсуждение. По результатам денситометрии у пациентов с ССД ОП выявлен у 46 (71%) пациентов, остеопения диагностирована у 11 (17%) больных и только у 8 (12%) участников исследования МПК находилась в пределах нормы. Среди лиц контрольной группы ОП выявлен у 11 (31%) человек, остеопения – у 9 (26%), значения МПК в пределах нормы наблюдались у 15 (43%) относительно здоровых лиц. Таким образом, ОП диагностирован достоверно чаще при ССД, чем в контрольной группе.

Было отмечено, что пациенты с ССД и ОП, средний возраст которых составил 56,0 [44;66] лет, оказались достоверно старше больных без ОП, средний возраст которых – 37 [34;38] лет. У больных с ОП был отмечен значимо более длительный анамнез ССД, в среднем равный 5,0 [3;11] годам против 1 [1;4] года соответственно.

При анализе клинического течения ССД были выявлены достоверные различия в сравнении с лицами без ОП: среди пациентов с ОП (n=46) диффузная форма ССД диагностирована у 38 (83%) человек, среди лиц без ОП (n=8) у 3 (38%) лиц; хроническое, медленно прогрессирующее течение было выявлено только среди пациентов с ОП – у 28 (61%) больных, подострое течение наблюдалось у 18 (39%) больных с ОП и у 8 (100%) человек без ОП; также больные с ОП отличались более высоким средним индексом активности (EScSG), в среднем равным 5,8 [4;6,5] против 1,75 [0,7;3,8] соответственно; среди больных ССД и ОП достоверно чаще наблюдались пациенты в стадии развернутых клинических проявлений – 31 (67%) человек, в то время как среди пациентов без ОП достоверно чаще преобладала начальная стадия ССД, диагностированная у 6 (75%) участников исследования. Помимо этого, у пациентов с ССД и ОП наблюдалось более выраженное уплотнение кожи, оцениваемое с помощью «кожного счёта» по Роднану и в среднем составившего 20 [13;27] баллов, в то время как у лиц без ОП он был равен 8 [8;15] баллов. Поражение внутренних органов также достоверно чаще встречалось среди больных с ОП: пневмофиброз диагностирован у 39 (85%) пациентов, поражение пищевода – у 32 (70%) человек, клапанные пороки сердца диагностированы у 29 (63%) больных, поражение суставов – у 44 (96%) лиц с ОП. Средняя СКФ была также достоверно более низкая у пациентов с ОП – 91 [80;106] мл/мин./1,73 м² против 103,5 [101;116,5] мл/мин./1,73 м² у пациентов с нормальной МПК.

Выводы. Таким образом, у пациентов с ССД ОП наблюдался достоверно чаще, чем в контрольной группе. При анализе больных с ССД с ОП и без ОП, выявлено, что пациенты с ССД и измененной МПК достоверно чаще отличаются более длительным анамнезом ССД, диффузной формой, хроническим, медленно прогрессирующим течением ССД, более высоким индексом активности (EScSG). Помимо этого, у больных с ССД и ОП достоверно чаще была диагностирована стадия развернутых клинических проявлений, наблюдался более выраженный фиброз кожи и достоверно чаще происходило поражение внутренних органов.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КАЛЬКУЛЯТОРА FRAX В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Исаева С.М.¹, Лесняк О.М.², Исаева Б.Г.¹, Дильманова Д.С.¹

¹НАО «Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова», Алматы, Казахстан

²Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Обоснование: калькулятор FRAX (Fracture Risk Assessment Tool) – наиболее широко используемый в мире инструмент прогнозирования риска остеопоротических переломов (ОПП). Отличительной и немаловажной особенностью калькулятора FRAX является то, что данный алгоритм разрабатывается отдельно для каждой популяции на основе

достоверных данных по эпидемиологии переломов и продолжительности жизни в стране. Калькулятор FRAX для Республики Казахстан (РК) был сконструирован относительно недавно.

Цель исследования: сравнить 10-летнюю вероятность переломов и порог вмешательства, разработанный для Казахстана у лиц казахской и других национальностей, проживающих на территории РК.

Материал и методы. Расчет вероятности переломов с использованием казахстанской модели FRAX и оценка порога вмешательства проводился на выборке из 98 пациентов в возрасте 50 лет и старше госпитализированных в травматологические стационары с переломом проксимального отдела бедренной кости (код по МКБ-10: S72.0, S72.1, S72.2), казахской национальности (основная группа, n=49) в сравнении с пациентами других этносов, проживающих на территории РК (контрольная группа: русские (n=34), уйгуры (n=7), украинцы (n=3), узбеки (n=1), армяне (n=1), курды (n=1), чеченцы (n=1), азербайджанцы (n=1)). Для расчета 10-летней вероятности перелома вводились данные об 11 клинических факторах риска ОПП без значений минеральной плотности костной ткани.

Результаты исследования. Различий между группами по факторам риска как пол ($p=0,49$), масса тела ($p=0,71$), рост ($p=0,61$), переломы в анамнезе ($p=0,15$), «семейный» анамнез переломов ($p=1$), прием кортикостероидов ($p>0,05$), злоупотребление алкоголем и наличие вторичного остеопороза, в том числе вследствие ревматоидного артрита ($p>0,05$) не наблюдалось. Что касается возраста, пациенты с переломом бедренной кости казахской национальности были более старшего возраста (M; SD - 75,84; 7,57), по сравнению с лицами других этносов (71,9; 10,4) ($p=0,035$). Отмечено значимое различие между лицами казахской и другими этносами в зависимости от курения, где среди казахов было меньше курильщиков, особенно на момент перелома ($p=0,033$). Продолжительность курения у лиц, курящих в настоящее время, в контрольной группе составила от 15 до 50 лет, в основной группе от 20 до 40 лет. Различия в показателях 10-летнего риска основных ОПП и переломов проксимального отдела бедренной кости между группами ($p=0,34$ и $p=0,74$) не выявлены. Доля больных, вошедших в «порог терапевтического вмешательства» (ПТВ) и лиц с низким риском, в группах не отличалась ($p=0,623$).

Заключение. Модель FRAX и порог вмешательства, разработанные для Казахстана, могут одинаково применяться как у казахов, так и у людей других национальностей, проживающих на территории Казахстана.

FIRST EXPERIENCE OF FRAX CALCULATOR APPLICATION IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

S. Issayeva¹, O. Lesnyak², B. Issayeva¹, D. Dilmanova¹

¹NJSC Asfendiyarov Kazakh National Medical University

²North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov

ВИТАМИН D: НОВОЕ О СТАРОМ

Каронова Т.Л., Черникова А.Т., Головатюк К.А., Лагутина Д.И., Михайлова А.А., Гринева Е.Н.

ФГБУ НМИЦ им. В.А.Алмазова, Санкт-Петербург

Актуальность. Витамин D является важным нутриентом, дефицит которого приводит к развитию как патологии костно-мышечной системы, так и внескелетных заболеваний. Несмотря на активную профилактику и лечение дефицита витамина D в период пандемии COVID-19 сохраняется высокая его распространенность во всем мире. Так, исследования, выполненные на территории Российской Федерации в течение последних трех лет, показали преобладание дефицита и недостатка витамина D в популяции независимо от пола обследованных лиц, географического расположения региона и сезона исследования.

Учитывая хорошо изученный вклад витамина D в регуляцию фосфорно-кальциевого обмена, препараты колекациферола нашли широкое применение в профилактике и лечении остеопороза. До настоящего времени существуют определенные разногласия в отношении критериев недостатка и дефицита витамина D в мире, однако В Российской Федерации Российская ассоциация по остеопорозу, Российская ассоциация эндокринологов и Союз педиатров России приняли единые нормы, где за адекватный уровень обеспеченности витамином D считается концентрация 25(ОН)D в крови равная и более 30 нг/мл (75 нмоль/л).

Согласно Методическим рекомендациям Роспотребнадзора (2009 г.) потребление витамина D в рационе питания в норме составляет 400 МЕ/сут. для детей и взрослых до 60 лет и 600 МЕ/сут. у взрослых старше 60 лет. Однако, в соответствии с Клиническими рекомендациями Российской ассоциации эндокринологов и Российской ассоциацией по остеопорозу профилактические дозы витамина D несколько выше и составляют от 600 до 1000 МЕ/сут. Рассматривая же эффекты витамина D в отношении его классических органов-мишеней – костной и мышечной систем установлено, что обеспечение адекватного питания, умеренной инсоляции и достаточной физической активности составляют первичную профилактику остеопороза и обеспечивают достижение пика костной массы и скорость ее последующего снижения.

Как известно, комбинированная терапия препаратами кальция (1000–1200 мг в сутки) с витамином D (800 МЕ) является эффективным способом предупреждения переломов, эффект которой особо прослеживается у пациентов групп риска (проживающие в домах престарелых, пациенты с остеопорозом, принимающие антирезорбтивные или