

Цель: описать клинические случаи и проанализировать факторы риска развития компрессионных переломов тел позвонков на фоне беременности и лактации.

Клинический случай № 1. Пациентка Л. 34 лет обратилась в центр остеопороза в апреле 2019 г. с жалобами на боли в поясничном отделе позвоночника при физической нагрузке. Больна с апреля 2017 г., когда после срочных родов на третьем месяце лактации при подъеме коляски возникли острые боли в поясничном отделе позвоночника. На МРТ позвоночника выявлены компрессионные переломы тел Th11, Th12, L1, L4, L5. При DXA денситометрии: Z-критерий: L1-L4 -3,3 CO, Neck-2,2 CO; Total -2,0 CO. В это же время выявлен дефицит витамина D и повышение уровня паратгормона (ПТГ). Диагностирован остеопороз, прекращена лактация. Назначен колекальциферол 3500 МЕ в день, деносуаб подкожно 60 мг 1 раз в 6 мес. Выполнено 4 введения деносуаба. При контрольном обследовании через год после начала лечения (08.04.2018) DXA: Z- критерий L1-L4 -3,1 CO; Neck -1.7 CO; Total -1.1 CO. Из анамнеза: родилась в Санкт Петербурге. В детстве трижды перелом голени в 12 лет- перелом предплечья. У бабушки был перелом ключицы в 60 лет. В семье остеопороза нет (родителям проведена DXA). Гинекологический анамнез без особенностей. Беременность первая, во время беременности и после родов препараты кальция и витамин D не принимала. До беременности в течение 10 лет была вегетарианкой. Курила в течение 6 лет до 2013 года, При объективном осмотре: определяются признаки дисплазии соединительной ткани: воронкообразная деформация грудной клетки, сколиоз, готическое небо, выявлено напряжение мышц и болезненность паравертебрально в области грудного отдела позвоночника. Рост 159см, 46 кг, ИМТ =18,1 кг/м². В анализах (05.03.2019г.) обнаружен низкий уровень общего кальция (2,05 ммоль/л) на фоне приема колекальциферола. К лечению добавлен альфакальцидол по 0,5 мкг 1 раз в сутки. Деносуаб отменен. Через 1 месяц лечения уровень общего кальция нормализовался 2,15 ммоль/л., ПТГ 5,9 пг/мл, 25 (ОН) D 44 нг/мл ,щелочная фосфатаза 100МЕ/л. В течение последующих двух лет на фоне постоянного приема колекальциферола :ПТГ и 25(ОН)D остаются в норме. Свежих переломов позвонков нет. 2019 г. Z- критерий L1-L4 - 2.6, Neck -1.7, Total -1.1 ; 2021 г. Z- критерий L1-L4 - 2.6, Neck -1.4, Total - 0.8. Продолжен приём витамина D3 1000 МЕ с достаточным потреблением молочных продуктов.

Клинический случай № 2 Пациентка Р. 40 лет, обратилась в центр остеопороза в марте 2021 года с жалобами на боли в грудном отделе позвоночника. В ноябре 2020г-первые срочные роды. В течение всей беременности принимала витамин D. На 39 нед беременности при подъеме тяжести появилась боль в нижне-грудном отделе позвоночника, инструментальные исследования не проводились. В течение пяти месяцев продолжала лактацию, витамин D не принимала. Отметила снижение роста на 4 см. В феврале 2021 года МРТ позвоночника: компрессионные деформации тел Th12, L1, L3, L4, L5. 25 (ОН) D 19,56 нг/мл, назначен витамин D 7000 МЕ в день. Из анамнеза: родилась в Санкт Петербурге. Гинекологический анамнез без особенностей. Беременность -первая, роды-первые. Не курит. В 2014 году перенесла перелом плюсневой кости. У бабушки был перелом шейки бедра. При объективном осмотре: укорочение торса, напряжение мышц грудного отдела позвоночника, при пальпации болезненность паравертебральных мышц, преимущественно в грудном отделе позвоночника. Рост 160см, вес 50.0кг, ИМТ=22,2кг/м². Радиочастотная эхографическая мультиспектрометрия (РЭМС) (2021 г.) Z-критерий L1-L4-1.2CO, Neck-1.3CO. Биохимический анализ крови: креатинин 64 мкмоль/л ,общий кальций 2.58--2,51 ммоль/л, в динамике 2,43 ,ионизированный кальций-1.22ммоль/л. СКФ= 105,74мл/мин/1,73м². Бета кросс-лапс 1,060 нг/мл и в динамике 0,754 нг/мл. Паратгормон 68,65 пг/мл., 25(ОН)D 43,96 нг/мл. Лактация прекращена, продолжен прием колекальциферола (витамин D3) 1000 МЕ в день, соблюдение диеты богатой кальцием , занятия ЛФК. При телефонном контакте через год – жалоб нет, свежих переломов нет.

Обсуждение: У обеих пациенток компрессионные переломы тел позвонков произошли во время первой беременности и лактации. У обеих отмечена комбинация разнообразных факторов риска нарушений минерального обмена и остеопороза, среди которых общим был дефицит витамина D. Другие факторы риска включали в себя курение, вегетарианство, семейный анамнез, дисплазию соединительной ткани, низкий ИМТ. После прекращения лактации на фоне приема препаратов витамина D уровень МПК у первой пациентки существенно повысился, но сохраняется ниже возрастной нормы. Изменение образа жизни, отказ от вредных привычек, правильное питание, достаточная физическая нагрузка и обеспечение достаточного поступления витамина D на прегравидарном этапе, а также на фоне беременности и лактации могут оказаться полезными для предупреждения такого серьезного проявления нарушений костного обмена при беременности и лактации как компрессионные переломы тел позвонков.

КОНСЕНСУС РОССИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ ПО ОСТЕОПОРОЗУ ПО ПОРОГУ ВМЕШАТЕЛЬСТВА FRAX ДЛЯ МУЖЧИН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕЛФИ ГОЛОСОВАНИЯ

Лесняк О.М., Гладкова Е.Н., Баранова И.А., Белая Ж.Е., Белова К.Ю., Евстигнеева Л.П., Ершова О.Б., Заводовский Б.В., Косматова О.В., Мягкова М.А., Никитинская О.А., Оттева Э.Н., Полякова Ю.В., Сивордова Л.Е., Скрипникова И.А., Сулейманова А.К., Торопцова Н.В., Цориев Т.Т.

Российская ассоциация по остеопорозу

Согласно европейским рекомендациям по остеопорозу, у мужчин предлагается использовать тот же порог вмешательства по FRAX, что и у женщин. Вместе с тем, в ряде исследований, проведенных в Российской Федерации с применением у мужчин возраст-зависимого порога вмешательства, разработанного для женщин, показана низкая доля выявляемых мужчин, подлежащих инициации терапии остеопороза: от 1,1% до 4%.

Цель исследования: на основе консенсуса экспертов РАОП представить порог вмешательства при подсчете 10-летней вероятности переломов по калькулятору FRAX для мужчин, проживающих в РФ.

Материал и методы: проведено голосование методом Делфи среди 18 российских экспертов, отобранных на основании имеющихся публикаций и персональных сообщений об опыте работы с калькулятором FRAX. Для обсуждения были представлены 5 вариантов порога вмешательства с соответствующим обоснованием на основе литературной справки, а также доля мужчин различного возраста, подлежащая инициации лечения при каждом из вариантов, полученная на основании ряда популяционных исследований, проведенных в России. Эти варианты включали: 1) возраст-зависимый порог вмешательства на основе 10-летнего риска основных остеопорозных переломов, разработанный для женщин (существующая практика); 2) возраст-зависимый порог вмешательства на основе 10-летнего риска основных остеопорозных переломов, разработанный для мужчин (представляет собой монотонную кривую вокруг цифры 9%), 3) фиксированный порог 9%, 4) фиксированный порог 10%, 5) возраст-зависимый порог по 10-летнему риску перелома проксимального отдела бедренной кости. На этапе обсуждения дополнительные варианты порога вмешательства не были предложены. Проведено анонимное голосование по методу Делфи с помощью опросника, размещенного в виде Google формы, в котором было предложено оценить все варианты порогов вмешательства по 9-балльной шкале Ликерта, где 1 – категорически не согласен, 5 – не определился, 9 – твердо согласен. Остальные баллы – промежуточные. Консенсус считался достигнутым при достижении определенным порогом вмешательства оценки по шкале Ликерта 7 и более баллов (%AGR – %согласия) у 80% и более экспертов. В случае отсутствия консенсуса голосование могло повториться однократно с двумя вариантами порога вмешательства, получившими наивысшие рейтинги. Рейтинг каждого варианта порога вмешательства выражался в виде средней и стандартных отклонений.

Результаты голосования: Вариант 1: рейтинг $3,56 \pm 3,3$, процент согласия 27,8%; вариант 2: $4,89 \pm 2,7$ и 33,3%; вариант 3: $7,72 \pm 1,6$ и 88,9%; вариант 4: $3,33 \pm 2,4$ и 11,1%; вариант 5: $6,56 \pm 2,4$ и 61,1% соответственно. Поскольку при первом раунде голосования третий вариант порога вмешательства (фиксированный порог в 9%) достиг консенсуса, второй раунд голосования не проводился. Фиксированный порог в 9% определяет подлежащими терапии остеопороза 13-19,5% мужчин в возрасте 50 лет и старше, при этом доля увеличивалась до 26-38% в возрасте 85 лет и старше.

Заключение: Консенсус экспертов Российской ассоциации по остеопорозу предлагает инициировать лечение остеопороза у мужчин РФ при 10-летней вероятности основных остеопорозных переломов по FRAX 9% и выше. Голосование было проведено в один раунд, в ходе которого был достигнут консенсус.

СИСТЕМА СВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ И ДОЛГОСРОЧНОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ПЕРЕЛОМОВ: РОССИЙСКИЙ ОПЫТ

Лесняк О.М.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова, Санкт-Петербург

Единственным клиническим проявлением остеопороза являются низкоэнергетические переломы костей, которые имеют тенденцию повторяться. В популяции есть две группы пациентов с остеопорозом: те, у кого хрупкость костей еще не реализовалась клинически в виде переломов; и те, кто уже перенес остеопорозный перелом, имея высокий риск повторных переломов. Первых необходимо выявить для того, чтобы начать лечение остеопороза и предупредить у них первый перелом; у вторых следует диагностировать остеопороз и лечить его с тем, чтобы переломы у них не повторялись. Соответственно подходы к выявлению и ведению этих пациентов различаются: первая группа должна выявляться преимущественно врачами первичного звена или центрами здоровья; пациенты второй группы, сами обратившиеся в систему здравоохранения в связи с переломом, уже на уровне оказания им травматологической помощи должны быть идентифицированы как имеющие высокий риск повторных переломов. Реализация такого подхода стала возможной после появления российской модели FRAX, увеличения количества рентгеновских денситометров, а также повышения информированности медицинских работников страны по вопросам остеопороза.

Внедряемая в ряде медицинских учреждений Российской Федерации система выявления и лечения пациентов с остеопорозом основана на привлечении учреждений и врачей первичного звена и узких специалистов, а также травматологической службы. В лекции будет обобщен опыт активного выявления и лечения пациентов с остеопорозом в районной поликлинике Невского района г. Санкт-Петербурга, а также служб профилактики повторных переломов на базе ряда медицинских учреждений России.

ВЛИЯНИЕ СОСТАВА ТЕЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

Мазуренко М.С.¹, Семенова Т.С.¹, Мазуренко С.О.^{1,2}

¹Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

²Федеральное государственное бюджетное учреждение «Северо-Западный окружной научно-клинический центр имени Л.Г. Соколова Федерального медико-биологического агентства»