

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»

Цель исследования: Риск переломов у пациентов с ХБП значительно повышен. Доказано, что оценка минеральной плотности костной ткани (МПК) с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДРА) эффективна для прогнозирования переломов у пациентов, находящихся на диализе. Однако рентгеновские денситометры не всегда доступны в центрах диализа, и нет никаких критериев, кроме переломов и переломов, для отбора пациентов для анализа минеральной плотности костной ткани. Биоэлектрический импедансный анализ (БИА) - недорогой и доступный в любом центре метод исследования состава тела. Целью исследования была оценка связи между показателями состава тела, проанализированными БИА, и минеральной плотностью костной ткани, измеренной ДРА.

Материалы и методы: Состав тела анализировали с помощью Tanita BC-401, а МПК измеряли с помощью ДРА (Holologic QDR Discovery W). В исследование были включены 64 пациента с ХБП 5 стадии (мужчины – 30, женщины – 34), находившиеся на гемодиализе. Средний возраст пациентов составил $44,5 \pm 9,0$ года, продолжительность заместительной почечной терапии (ЗПТ) у пациентов – от 12 до 201 месяца. Методы описательной статистики включали оценку среднего значения со стандартным отклонением и медианы с квартилями (25%-75%). Межгрупповые различия оценивались с помощью параметрического (t-критерий Стьюдента) и непараметрического методов анализа (U-критерий Манна-Уитни). Для анализа взаимосвязи между переменными была проведена корреляция Спирмена. В каждом из этих методов уровень значимости был установлен на уровне P-значений $<0,05$.

Результаты: Сравнительный анализ состава тела показал, что у женщин в организме больше жира (как в процентах, так и в килограммах), а у мужчин больше мышечной массы в килограммах. Результаты БИА пациентов, находящихся на диализе:

Содержание жира (%): мужчины $20,8 \pm 8,8$, женщины $30,9 \pm 5,1$; $p < 0,001$

Мышечная масса тела (%): мужчины $20,5 \pm 4,1$, женщины $19,6 \pm 2,5$; $p > 0,05$

Масса жировых отложений (кг): мужчины $16,6 \pm 7,9$, женщины $20,7 \pm 4,8$; $p < 0,05$

Мышечная масса тела (кг): мужчины $15,1 \pm 2,2$, женщины $13,1 \pm 2,1$; $p < 0,05$

В целом в группе пациентов, находящихся на диализе, МПКТ, г/см² дистального отдела плеча коррелировала с ростом ($r = +0,8$; $p < 0,001$), весом ($r = +0,5$; $p < 0,01$), мышечной массой тела (кг) ($r = +0,5$; $p < 0,01$) и жиром (%) ($r = +0,41$; $p < 0,05$). Показатель Т дистального отдела плеча коррелировал с весом ($r = +0,41$; $p < 0,01$), индексом массы тела ($r = +0,51$; $p < 0,05$), мышечной массой тела ($r = +0,36$; $p < 0,05$). Z-балл дистального отдела плеча коррелировал с весом ($r = +0,5$; $p < 0,01$), индексом массы тела ($r = +0,51$; $p < 0,01$) и содержанием жира (кг) ($r = +0,38$; $p < 0,05$). МПКТ, г/см² поясничного отдела позвоночника (L1-L4) коррелировала с ростом ($r = +0,35$; $p < 0,05$) и мышечной массой тела (кг) ($r = +0,5$; $p < 0,01$). Показатель Т поясничного отдела позвоночника коррелирует с мышечной массой тела (кг) ($r = +0,36$; $p < 0,05$). Оценка Z не имеет какой-либо существенной корреляции с другими переменными. МПКТ, г/см² от общего объема бедра, коррелирует с ростом ($r = +0,39$; $p < 0,05$), весом ($r = +0,54$; $p < 0,01$), мышечной массой тела (кг) ($r = +0,42$; $p < 0,05$). Т-балл общего объема бедер коррелировал с весом ($r = +0,44$; $p < 0,01$), мышечной массой тела ($r = +0,34$; $p < 0,05$), жиром (кг) ($r = +0,35$; $p < 0,05$). Z-балл общего объема бедер коррелировал с весом ($r = +0,39$; $p < 0,05$), мышечной массой тела ($r = +0,34$; $p < 0,05$), жиром (кг) ($r = +0,38$; $p < 0,05$). Когда мы проанализировали мужчин и женщин отдельно, выяснилось, что у мужчин жировые отложения (кг) оказывали большее влияние на МПКТ ($r = +0,57$; $p < 0,01$), Т ($r = +0,57$; $p < 0,01$) и Z-балл ($r = +0,65$; $p < 0,001$) дистального отдела, чем у женщин.

Вывод: Биоэлектрический импедансный анализ не является лучшим методом прогнозирования минеральной плотности костной ткани у пациентов, находящихся на диализе, и не показывает большого преимущества перед конституциональными характеристиками пациентов. Возможно, более сложное оборудование, чем мы использовали в исследовании, покажет лучшие результаты.

ТРУДНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ПЕДЖЕТА КОСТЕЙ: РАЗБОР КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

Мазуренко С.О.^{1,2}

¹Санкт-Петербургский государственный университет

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

Болезнь Педжета или деформирующий остеоит – считается вторым по распространенности заболеванием костей после остеопороза. Между тем точной статистики не существует, что связано с трудностями диагностики заболевания. Позднее выявление болезни Педжета костей чревато серьезными осложнениями, вплоть до онкологической трансформации.

Цель. На клинических примерах представить методы выявления и дифференциальной диагностики болезни Педжета костей, принципы лечения этого заболевания, а также правила пожизненного наблюдения за пациентами, страдающими деформирующим остеоитом.

Материалы и методы. В докладе представлен разбор клинических случаев болезни Педжета костей пациентов различного возраста, а также клинический случай онкологического заболевания, ошибочно принятого за болезнь Педжета костей.