

По результатам ДРА остеопении и остеопороз имели в L1-L4 и ШБ по 69% женщин, в ПОБ – 61%, в лучевой кости – 88%. В зависимости от уровня ПТГ (<190 пг/мл, n=32 и >190 пг/мл, n=19) клинически значимое снижение концентрации витамина D обнаружено у пациенток с ПТГ >190 пг/мл ($13,8 \pm 6,7$ нг/мл против $19,5 \pm 6,8$ нг/мл, $p=0,011$). Другие лабораторные показатели и МПК не отличались независимо от значений ПТГ. В обеих группах не выявлено корреляции между уровнем ПТГ и витамином D. Негативное влияние ПТГ на показатели T/Z – критерия Radius 1/3 обнаружены только у женщин с уровнем ПТГ >190 пг/мл ($r=-0,46$ и $p=0,04$).

Средний вес женщин БОЖ составил $67,8 \pm 7,1$ кг против $82,7 \pm 11,3$ кг в группе ОЖ ($p<0,0001$). Средний ИМТ для группы БОЖ составил $26,7$ кг/м² по сравнению с $33,7$ кг/м² с группой ОЖ ($p<0,000$). Между двумя группами не было разницы в возрасте, росте, длительности менопаузы.

Уровень общего кальция и ПТГ в сыворотке крови не отличались у пациенток БОЖ и с ОЖ ($p=0,44$ и $p=0,83$ соответственно). Дефицит витамина D выявлен в обеих группах ($18 \pm 7,5$ нг/мл и $16,6 \pm 7,1$ нг/мл, $p=0,53$).

Пациенты с ОЖ имели более высокую МПК в L1-L4, ПОБ ($p=0,02$) и Radius 1/3 ($p=0,004$) по сравнению с группой БОЖ, однако распространенность остеопороза и остеопении во всех исследуемых отделах скелета не различалась между группами (L1-L4 и Radius 1/3 $p=0,07$; ШБ $p=0,38$ и ПОБ $p=0,10$). В группе ОЖ «высокая» костная плотность в поясничных позвонках была у 5 человек (24%), в ШБ – 3 пациентки (15%) и в ПОБ – 1 человек (5%). У женщин БОЖ только в одном случае (в ШБ) зарегистрирована «высокая» МПК.

У женщин с ИМТ > 30 кг/м² выявлена обратная связь между ПТГ и уровнем витамина D ($r=-0,56$, $p=0,01$) и фосфора ($r=-0,58$, $p=0,009$). Вес оказывал существенное влияние на количество минерала в кости (ВМС, грамм) и значения T-критерия в Radius 1/3 ($r=0,46$, $p=0,04$ и $r=0,45$, $p=0,03$ соответственно). У пациенток БОЖ не выявлено корреляции между ПТГ и уровнем 25-ОНD. Вес положительно влиял на минерализацию лучевой кости и МПК (г/см²) ($r=0,64$, $p<0,001$ и $r=0,48$, $p=0,007$), также выявлена прямая связь между ИМТ и количеством минерала в предплечье ($r=0,42$, $p<0,02$).

Выводы: У женщин старшего возраста с в активной фазе ПГПТ высокий уровень ПТГ вероятно обусловлен более выраженным дефицитом витамина D. Именно высокий уровень ПТГ (>190 пг/мл) оказывает негативное влияние на кортикальную кость в предплечье. Ожирение, возможно, является независимым фактором более высокой МПК у пациентов с ПГПТ, независимо от уровня сывороточного кальция и ПТГ. Наличие ожирения у женщин старческого возраста с ПГПТ не уменьшает частоту остеопороза.

ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ, НАПРАВЛЯЕМЫХ В МОСКОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ОСТЕОПОРОЗА

Полякова Е.Ю., Крюкова И.В., Красулина К.А., Древаль А.В.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва

Цель: Проанализировать профиль пациентов, направляемых в Центр остеопороза ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского из ЛПУ Московской области для дальнейшей оптимизации помощи больным с остеопорозом в регионе.

Материал и методы: В исследование включались все последовательные пациенты, обратившиеся за период с 01.01.2019 по 31.12.2019 года с целью проведения двухэнергетической рентгеновской абсорбциметрии (ДРА) и/или специализированный прием по остеопорозу. Проведен анализ 1940 пациентов (1873 женщины, 67 мужчин), направленных из ЛПУ Московской области.

Результаты и обсуждение: Средний возраст больных составил $65,4 \pm 8,5$ лет. Патологические переломы в анамнезе были у 540 пациентов (27,8%, 527 женщин, 13 мужчин). Участковым врачом направлен только 1 человек (0,1%), другими специалистами – 1709 (88,1%), обратились самостоятельно – 230 (11,8%). Цель направления в Центр остеопороза: проведение только ДРА – 2,5%; ДРА и назначение терапии – 60,9%; диагностика остеопороза и назначение лечения с данными ДРА, выполненной в другом учреждении – 0,2%; дифференциальная диагностика остеопороза – 0,2%; коррекция ранее назначенного лечения – 10,1%; плановый визит, назначенный специалистом Центра остеопороза – 23%; цель четко не указана в 3,1% случаев.

Риск переломов по FRAX рассчитывался у нелеченных больных (n=1277). Средний риск основных остеопоротических переломов составил $10,4 \pm 5,9\%$ ($10,6 \pm 5,9\%$ у женщин, $6,0 \pm 3,5\%$ у мужчин), риск перелома проксимального отдела бедра – $1,6 \pm 2,7\%$ ($1,7 \pm 2,7\%$ у женщин, $1,2 \pm 1,7\%$ у мужчин).

Наименьшее значение T/Z-критерия выявлялось: в позвоночнике у 1355 человек (69,8%), шейке бедра – у 576 (29,7%), предплечье – у 9 (0,5%). В группе больных с риском основных переломов по FRAX <20% (n=1175) среднее значение T-критерия составило $-1,59 \pm 1,27SD$; у пациентов с риском 20-30% (n=76) $-2,9 \pm 0,9SD$ и >30% (n=17) $-3,35 \pm 1,32SD$ ($p<0,001$). У лиц с риском основных переломов <20% остеопороз диагностирован в 33% случаев (n=388), а у пациентов с риском >20% – в 100%. У больных с риском перелома проксимального отдела бедра <3% остеопороз выявлен в 27% случаев, с риском >3% – в 95%.

В возрастной группе женщин моложе 50 лет остеопороз выявлен в 22,2% случаев, в группе 50-64 лет – в 47,4% и в возрасте 65 лет и старше – в 60,7%. Отмечено значимое снижение T-критерия у женщин 65 лет и старше по сравнению с группой 50-64 лет ($p<0,001$).

По результатам ДРА остеопороз впервые выявлен у 400 человек (20,6%), остеопения – у 476 (24,5%), заподозрено другое заболевание скелета – у 2 (0,1%), не выявлено костной патологии – у 360 (18,6%).

Ранее диагноз остеопороза установлен у 702 пациентов (36,2%), из них подтвержден в 90% случаев ($n=632$), остеопения – в 8,4% ($n=59$), остеопороз не подтвержден – в 1% ($n=7$), выявлено другое заболевание – в 0,4% ($n=3$).

Анализ заключений специалиста показал, что из всех больных рекомендовано назначить терапию остеопороза 480 пациентам, продолжить прием ранее используемых препаратов – 396, изменить тактику лечения – 183, отменить терапию – 27, что составило 55,9%, тогда как в 44,1% случаев показаний к назначению терапии остеопороза не было ($n=854$).

Выводы: Для выявления пациентов с высоким риском переломов необходим скрининг с использованием алгоритма FRAX. Направление на ДРА и назначение патогенетической терапии должно проводиться с учетом факторов риска остеопороза и индивидуальной вероятности переломов.

НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ ПЕРЕЛОМЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: ПРОСПЕКТИВНОЕ ОБСЕРВАЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Постникова П.О.,¹ Коваленко П.С.,¹ Дыдыкина И.С.,¹ Смирнов А.В.,¹ Глухова С.И.,¹ Лиля А.М.^{1,2}

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия

²кафедра ревматологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Определить частоту и факторы риска низкоэнергетических переломов у больных РА, возникших при длительном проспективном наблюдении

Материал и методы. В исследование были включены 103 женщины с РА (ACR/EULAR2010). Средняя продолжительность наблюдения – $8,45 \pm 1,34$ лет, средний возраст – $63,5 \pm 8,13$ года, средняя длительность РА – $22,8 \pm 9,50$. Всем больным проведено клиническое обследование с оценкой анамнестических данных, выполнена рентгенография грудного и поясничного отделов позвоночника, двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия поясничного отдела позвоночника и шейки бедра. Перелом позвонка определялся полуколичественным методом при выявлении деформацией I степени и выше. Рентгенограммы кистей и стоп 85 пациентов были оценены по методу Sharp van der Heijde исходно и в динамике.

Результаты. За период наблюдения количество пациентов с переломами увеличилось с 36 (35%) до 60 (58%). У 43 (42%) пациентов за период наблюдения был один или несколько низкоэнергетических переломов, в том числе у 19 (44%) пациентов в анамнезе был низкоэнергетический перелом и у 24 (56%) перелом был впервые. Два и более перелома за период наблюдения имели 9 (9%) пациентов. Всего за период наблюдения произошло 55 переломов, из них 27 (49%) позвоночных и 28 (51%) периферических. Мы разделили больных на две группы: I группа – 43 пациента «с переломами», II группа – 60 пациентов «без переломов», произошедших за период наблюдения. В менопаузе находились 43 (100%) пациентки I группы и 53 (90%) пациентки II группы ($p=0,032$). Средний возраст, длительность заболевания, активность РА (DAS28), HAQ достоверно не различались. Исходно в I группе было больше пациентов, получающих ГК ($p=0,002$), в том числе длительно принимающих ГК (более 3 мес) ($p=0,011$). Исходный счет эрозий ($p=0,053$), счет сужения суставных щелей ($p=0,044$) и общий счет Sharp van der Heijde (0,031) были достоверно выше в группе I. Длительный прием ГК ($p=0,011$), менопауза ($p=0,032$) и счет эрозий ($p=0,053$) были определены как совокупность факторов, ассоциированных с низкоэнергетическими переломами. Чувствительность/специфичность модели составляет 83%/55% соответственно.

Вывод. За период наблюдения количество пациентов с переломами увеличилось на 23%. У 42% женщин с длительно текущим РА в течение восьмилетнего периода наблюдения возник низкоэнергетический перелом. Фактором риска переломов была длительная терапия ГК, высокая оценка эрозии по шкале Sharp van der Heijde и менопауза.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

1. Постникова Полина Олеговна
2. ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой 1115522, Москва, Каширское шоссе, 34А
3. Аспирант
4. pko31@list.ru
5. 89055677404

ОСОБЕННОСТИ КОСТНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ, АССОЦИИРОВАННОМ С СИНДРОМОМ МНОЖЕСТВЕННЫХ ЭНДОКРИННЫХ НЕОПЛАЗИЙ 1 ТИПА

Пылина С.В., Елфимова А.Р., Горбачева А.М., Еремкина А.К.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия