

Известно также, что дефицит витамина D, коррекция которого является элементом профилактики ОП, сопровождается активацией системного сосудистого воспаления, способствуя раннему развитию атеросклероза. В этой связи представляет интерес исследование динамики визуализирующих маркеров субклинического атеросклероза и величины МПКТ у женщин в период менопаузальной гормональной перестройки на фоне статинотерапии в сочетании с препаратами витамина D, назначаемыми в качестве средства профилактики постменопаузальных нарушений МПКТ.

Цель исследования: оценить влияние приема статинов в сочетании с препаратами витамина D на выраженность признаков субклинического атеросклероза по данным дуплексного сканирования периферических артерий и характер изменений величины МПКТ у женщин в климактерическом периоде.

Материал и методы. В исследование включались женщины в возрасте от 45 до 60 лет, находящиеся в перименопаузальном периоде с отсутствием ИБС и ОП, но с наличием риска развития данных заболеваний. Заболевания и состояния, а также длительный прием лекарственных средств, способствующие вторичной потере костной массы, менопаузальная гормональная терапия и хирургическая МП являлись критериями невключения в исследование. При биохимическом исследовании липидного спектра крови у всех участниц выявлены нарушения с превышением нормальных величин общего холестерина (ХС), липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и низкое содержание витамина D в крови. Назначение статинов (розувастатин в дозе 5-20 мг) с достижением целевого значения ХС ЛПНП проводилось с учетом рассчитанного индивидуального сердечно-сосудистого риска и целевой дозы статина. Для нормализации и поддержания уровня витамина D в крови в пределах 30-60 нг/мл назначался холекальциферол 50000 МЕ по общепринятой схеме в сочетании с диетой, обогащенной кальций-содержащими продуктами. Лица, изъявившие согласие на данную комбинированную терапию, составили основную группу 1 (ОГ1, 24 чел.), только на коррекцию статуса витамина D - основную группу 2 (ОГ2, 26 чел.). При отказе или отсутствии приверженности к лечению спонтанно в процессе наблюдения была сформирована контрольная группа (КГ, 26 чел.). Длительность динамического наблюдения составила 12 месяцев с повторным биохимическим исследованием через 1, 2, 6 и 12 месяцев с целью коррекции дозы статинов и контроля липидного спектра крови, витамина D. Дуплексное исследование прецеребральных, бедренных артерий и аорты для обнаружения атеросклеротических бляшек (АСБ) и оценки степени стенозирования сосудов проводилось исходно и спустя 12 месяцев на аппарате «Vivid 7 Dimension» (GeneralElectric, США). Для определения МПКТ осуществлялась двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия с анализом величины Т-критерия в области поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедра исходно и через 12 месяцев лечения.

Результаты и обсуждение. Во всех группах на начальном этапе обследования выявлены признаки АСБ в прецеребральных артериях, аорте и артериях подвздошно-бедренной зоны, частота встречаемости которых была различной, но достоверно большей в ОГ1. Однако спустя 12 месяцев лечения только у женщин этой группы новые АСБ в исследуемых сосудистых зонах не выявлялись, в 42,9 % случаев происходил регресс стенозирования, а возрастание степени стеноза (максимально на 8%) отмечалось лишь в 21,4 % случаев. Наблюдалась и стабилизация процесса снижения МПКТ, Т-критерий увеличился в поясничном отделе позвоночника (+4,0 %) и избирательно - в конечных отделах бедренных костей. При этом в целевом диапазоне ХС ЛПНП находилось достаточно большое процентное соотношение женщин - 87,5 %. Назначение витамина D устраняло его дефицит и среднее значение концентрации витамина в сыворотке крови к году наблюдения составило 37,1 нг/мл, а среднее количество потребляемого кальция практически нормализовалось и равнялось 1152,2 мг/сут. Аналогичные изменения были и в ОГ2 - 38,2 нг/мл витамина D (при среднем исходном - 23,4 нг/мл) и 1185,3 мг/сут. составило среднее по группе количество кальция крови. В то же время в ОГ2 и КГ отмечалась сходная между собой тенденция к росту количества АСБ в различных сосудистых бассейнах и не обнаруживалось регресса атеросклеротических изменений. В ОГ2 в поясничном отделе и в области шеек бедренных костей МПКТ снизилась, соответствуя начальной степени остеопении. В КГ отмечалось усугубление дефицита костной массы в позвоночнике и бедренных костях, при этом лица с дефицитом витамина D присутствовали как на начальном этапе обследования, так и спустя 1 год, когда содержание витамина D в сыворотке крови равнялось в среднем 27,6 нг/мл, а потребление кальция с пищей было недостаточным - 854,6 мг/сут.

Выводы. Полученные позитивные изменения выраженности субклинического поражения сосудов и состояния МПКТ в ходе комплексной коррекции дислипидемии и статуса витамина D у женщин с наличием риска развития ИБС и ОП в период менопаузальной перестройки свидетельствуют как о патогенетической взаимосвязи данных заболеваний, так и о перспективности разработки подходов к превентивной терапии указанной коморбидной патологии в группах риска, что требует дальнейших проспективных исследований.

ФАКТОРЫ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Сорокина А. О., Демин Н. В.

ФГБНУ НИИР им. В. А. Насоновой

Цель: определить частоту и факторы риска развития остеопороза (ОП) у больных системной склеродермией (ССД)
Материалы и методы. В исследование были включены 230 пациентов с достоверным диагнозом ССД. Критерием исключения было наличие overlap- синдрома. Медиана возраста - 54,0 [42,0; 61,0] года, медиана длительности заболевания - 7,0 [3,25; 12,0] лет. Проведена двухэнергетическая рентгеновская денситометрия (dual X-ray absorptiometry, DXA) поясничного отдела позвоночника - ПОП (L1-IV), шейки бедра (ШБ) и проксимального отдела бедра (ПОБ)

в целом. ОП диагностировался при значении Т-критерия $\leq -2,5$ стандартных отклонений (СО), а остеопения (ОПе) от -1 до $-2,5$ СО. У фертильных женщин и мужчин моложе 50 лет для оценки величины МПК использовали Z-критерий – количество СО от среднего значения для данного возраста. Сниженной МПК считали Z-критерий $< -2,0$ СО. Были проанализированы традиционные факторы риска, влияющие на МПК, а также проводился поиск специфических для пациентов с ССД факторов с помощью однофакторной логистической регрессии.

Результаты и обсуждение. 51/110 (46,4%) женщина в постменопаузе и 6/33 (18,2%) мужчин старше 50 лет имели ОП ($p < 0,01$) и 49 (44,5%) и 13 (39,3%), соответственно – ОПе ($p > 0,05$). Низкая МПК была обнаружена у 12/70 (17,1%) фертильных женщин и у 3/17 (17,6%) мужчин моложе 50 лет ($p > 0,05$). Среди традиционных факторов риска – возраст (ОШ 1,04 [1,02; 1,06], $p < 0,001$), женский пол (ОШ 3,05 [1,39; 6,69], $p = 0,005$), низкий индекс массы тела (ИМТ) (ОШ 1,11 [1,04; 1,17], $p < 0,001$) и падения за последний год (ОШ 2,32 [1,20; 4,49], $p = 0,01$) были связаны с ОП. Среди специфических для ССД факторов выявлены ассоциации с длительностью заболевания (ОШ 1,09 [1,04; 1,14], $p < 0,001$), длительностью приема и кумулятивной дозой ГК (ОШ 1,09 [1,05; 1,15], $p < 0,001$ и ОШ 1,04 [1,02; 1,06], $p < 0,001$, соответственно), наличием контрактур суставов кистей (ОШ 2,49 [1,36; 4,58], $p = 0,003$), акроостеолитом (ОШ 3,56 [1,33; 9,49], $p = 0,01$), низкой диффузионной способностью легких по монооксиду углерода (ДСЛ) (ОШ 2,94 [1,50; 5,76], $p = 0,002$), интерстициальным поражением легких (ИПЛ) (ОШ 2,28 [1,24; 4,19], $p = 0,007$), скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) (ОШ 1,02 [1,01; 1,03], $p < 0,001$).

Выводы. Низкая МПК выявлена у 55,6% больных ССД, ОП достоверно чаще встречался у женщин в постменопаузе, чем у мужчин старшего возраста. Среди фертильных женщин и молодых мужчин низкая МПК диагностирована в равной степени. Традиционными факторами риска ОП были: возраст, женский пол, ИМТ, падения в течение последнего года, а специфическими – продолжительность ССД, продолжительность приема и кумулятивная доза ГК, контрактуры суставов кистей, акроостеолит, низкая ДСЛ, ИПЛ, СКФ.

КОМПОЗИЦИОННЫЙ СОСТАВ ТЕЛА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

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

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

Цель исследования: определить композиционный состав тела и частоту изолированных и комбинированных патологических фенотипов у больных с ревматическими заболеваниями (РЗ).

Материал и методы: обследованы 216 человек с РЗ (медиана возраста 60 [54; 64] лет): 114 – с ревматоидным артритом (РА), 46 – с системной склеродермией (ССД), 56 – с остеоартритом (ОА) и 39 женщин без РЗ. Группы не различались по возрасту и длительности РЗ ($p > 0,05$). После опроса по оригинальной анкете всем пациенткам выполнены антропометрические измерения, двуэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DXA) всего тела, поясничного отдела позвоночника (L1-L4), шейки бедра (ШБ) и проксимального отдела бедра (ПОБ) в целом. Для определения фенотипов состава тела оценивали МПК, аппендикулярную мышечную массу (АММ) и аппендикулярный мышечный индекс (АМИ), относительное содержание общей жировой массы (ОЖМ). На основании этих показателей выделены изолированные (остеопоротический, саркопенический, ожирение) и комбинированные (остеосаркопения, остеопоротическое ожирение, саркопеническое ожирение, остеосаркопеническое ожирение) патологические фенотипы состава тела.

Результаты: пациентки с ОА имели ИМТ ≥ 30 кг/м² чаще, чем лица из других групп ($p < 0,001$). В то же время ожирение по результатам DXA (ОЖМ $> 35\%$) у пациентов с ОА встречалось с такой же частотой, как в остальных трех группах ($p > 0,05$). 23 (50%) пациентки с ССД и 51 (44,7%) с РА имели нормальный ИМТ. У 12 (52,2%) пациенток с ССД и 24 (47,0%) – с РА из числа лиц, имевших нормальный ИМТ, диагностировано ожирение по DXA. 11 (19,6%) человек с ОА имели нормальный ИМТ, из них у 2 (18,2%) – выявлена ОЖМ $> 35\%$ при DXA. Среди женщин без РЗ ИМТ < 25 кг/м² имели 26 (66,7%) человек, из них у 13 (50%) обнаружено ожирение по результатам DXA.

АМИ $< 5,5$ кг/м² встречался у 14 (30,4%) пациенток с ССД, 21 (18,4%) – с РА и у 2 (5,1%) лиц контрольной группы, а среди больных ОА низкий АМИ не был обнаружен ни у одной женщины ($p < 0,001$). Пациентки с ОА значительно превосходили женщин из остальных трех групп по АМИ ($< 0,001$). В среднем АМИ у больных ССД не отличался от АМИ у лиц без РЗ. Между пациентками с ССД и РА не установлено различий по ИМТ, ОЖМ, АММ и АМИ ($p > 0,05$), однако женщин с АМИ $< 5,5$ кг/м² среди лиц с ССД было больше по сравнению с таковыми среди больных РА ($p = 0,025$), ОА ($p < 0,001$) и группой контроля ($p < 0,001$). У пациенток с РА низкий АМИ выявлялся чаще, чем у лиц с ОА и в контроле ($p < 0,001$ и $p = 0,033$ соответственно).

Нормальный фенотип состава тела встречался у 13,0% больных ССД, 9,6% – с РА, 17,9% – с ОА и 25,6% лиц контрольной группы ($p > 0,05$). Изолированные и комбинированные патологические фенотипы обнаружены у 34,8% и 52,2% пациенток с ССД, у 51,8% и 38,6% – с РА и у 71,4% и 10,7% – с ОА соответственно. У больных ОА саркопенический фенотип встречался реже по сравнению с пациентками с ССД и РА (1,8%, 43,5% и 29,8% соответственно, $p > 0,05$), а изолированное ожирение – чаще (67,8%, 23,9% и 38,6% соответственно, $p < 0,001$). Частота ожирения у лиц с РА незначительно превосходила таковую у пациенток с ССД. Комбинированные патологические фенотипы чаще встречались у больных ССД (52,2%) и РА (38,6%) по сравнению с пациентками с ОА (10,7%) и контрольной группой (12,8%) ($p < 0,001$).