

Результаты и обсуждение. К настоящему времени восемь СППП приняли участие в заполнении регистра «ПРОМЕТЕЙ». В регистр «ПРОМЕТЕЙ» с октября 2019 до августа 2022 года было включено 654 пациента старше 50 лет, из них 559 (85,5%) женщин, средний возраст $72,9 \pm 9,9$ лет и 95 (14,5%) мужчин, средний возраст $71,6 \pm 9,6$ лет. У 270 пациента (41,3%) были проведены повторные визиты. У всех пациентов на первом визите собран анамнез, проведена антропометрия, оценен абсолютный 10-летний риск новых переломов по алгоритму FRAX®. Двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия выполнена у 204 (31,1%) пациентов. У 128 (19,6%) человек определен уровень витамина D. Всем пациентам даны рекомендации по дальнейшему обследованию и лечению. Из 654 пациентов, внесенных в регистр «ПРОМЕТЕЙ», 290 (44,3%) пациентов имели перелом проксимального отдела бедра, 113 (17,3%) пациентов – перелом шейки плечевой кости, 73 (11,1%) пациента – перелом костей предплечья (перелом лучевой кости в типичном месте), 131 (20,0%) пациентов имели переломы позвонков (83 пациента имели переломы позвонков в поясничном отделе, 48 пациентов – в грудном). У 47 (7,2%) чел. локализация переломов не указана. У 229 (35%) человек данный перелом был не первым. У 71 (10,9%) человека родители имели низкоэнергетические переломы проксимального отдела бедра. При анализе данных рентгеновской денситометрии по Т-критерию, остеопороз зафиксирован у 115 (56,4%) пациентов, остеопения – у 46 (22,5%), а норма – у 43 (21,1%). Высокий риск переломов по шкале FRAX®, требующий медикаментозного лечения выявлен у 594 (90,8%) человек. Высокий риск падений зафиксирован у 240 (36,7%). Нормальный уровень 25(OH)D выявлен у 42 (32,8%) из 128 пациентов, у которых был сделан данный анализ, недостаточность у 39 (30,5%), а дефицит у 47 (36,7%). До включения в СППП 64 (9,8%) пациента регулярно принимали препараты кальция и витамина D, 100 (15,3%) чел. принимали данные препараты периодически. Антиостеопоротические препараты регулярно принимали 43 (6,6%) пациента. После индексного перелома препараты кальция и витамина назначены 302 (46,2%) пациентам, по остальным информация отсутствует. Антиостеопоротические препараты назначены 313 (47,9%) пациентам. Деносумаб назначен 38 (12,2%) пациентам, алендроновая кислота – 172 (54,9%) чел., золедроновая кислота – 96 (30,7%) чел, ибандроновая кислота у 2 (0,6%) чел., терипаратид – 5 (1,6%) чел. 252 (38,5%) чел. направлены на дообследование, вследствие чего терапия не назначалась. У 78 (11,9%) человек выявлена гипокальциемия, в связи с чем терапия антирезорбтивными препаратами отложена. Повторный визит внесен в базу данных у 270 пациента (41,3%), в большинстве случаев отражена явка через 12 месяцев, у 4 пациентов – через 16 недель. 67 (24,8%) пациентов явились амбулаторно, у 203 (75,2%) пациентов был телефонный контакт. У 5 (1,9%) пациентов за время наблюдения в СППП выявлены повторные низкоэнергетические переломы. У 9 (3,3%) пациентов зарегистрирована смерть, у всех из них был перелом проксимального отдела бедра и низкая минеральная плотность костной ткани. К повторному визиту рентгеновская денситометрия выполнена 39 (14,4%) пациентов. По Т-критерию остеопороз зафиксирован у 19 (48,7%) чел., остеопения – у 10 (25,6%) чел., норма – у 10 (25,6%) чел. На повторном визите после дообследования число пациентов, принимающих антиостеопоротические препараты повысилось с 313 до 405 чел (61,9% пациентов от числа включенных в СППП), что расценивается как удовлетворительный уровень пациентов, получающих лечение.

Выводы. Регистр пациентов, включенных в службу профилактики повторных переломов, позволяет обобщать и анализировать сведения о диагностике и лечении остеопороза у пациентов, перенесших низкоэнергетические переломы. Анализ регистра за период 2019 - 2022 год продемонстрировал достаточно полные данные о пациентах при включении в СППП, но пропуски и неполное внесение данных на последующих визитах. У 91% пациентов при проведении FRAX выявлен высокий риск переломов, в то время, как по денситометрии остеопороз выявлен у 55% пациентов, что свидетельствует об ограничении денситометрии с целью диагностики остеопороза у лиц с низкотравматичными переломами. Число пациентов, принимающих антиостеопоротические препараты (61,9%) расценивается, как удовлетворительное.

ДИНАМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МПК ПОСЛЕ РОДОВ

Хазова Е.Л., Кузнецова Л.В.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Период беременности и лактации сопровождается изменениями в метаболизме витамина D и кальций-фосфорном обмене. Наиболее выраженные изменения наблюдаются в III триместре беременности и в период лактации, когда происходит интенсивная минерализация и рост скелета плода и новорожденного. Адаптационные механизмы включают в первую очередь повышенную абсорбцию кальция в кишечнике, за счет синтеза кальбиндина, снижение экскреции кальция почками, синтез активных метаболитов витамина D плацентарной тканью. При недостаточном обеспечении организма женщины витамином D происходит преобладание процессов остеорезорбции над остеосинтезом, что может приводить к снижению МПК. Дефицит витамина D встречается у 70-90% беременных проживающих в г. Санкт-Петербурге. По данным литературы в 30-52% случаев физиологическая беременность и период лактации сопровождается снижением МПК. Однако данных по отдаленным последствиям этого снижения и скорости восстановления МПК после прекращения периода лактации недостаточно. В связи с чем сохраняет актуальность изучение взаимосвязи отдаленных последствий недостаточного насыщения организма беременных витамином D и МПК.

Цель исследования: Оценить МПК у женщин через 3 года после родов и провести анализ ее динамики в сравнении с данными в послеродовом периоде.

Материалы и методы: В исследование включено 56 женщин, рожавших в ФГБУ НМИЦ им. В.А. Алмазова Минздрава России в период с 2018 по 2019 гг. Средний возраст пациенток составил $32 \pm 3,1$ г. У всех пациенток прошло от 30 до 40 месяцев (34 ± 2 месяца) после родов. Период лактации составил от 6 до 11 месяцев. На момент исследования все женщины закончили кормить грудью. Все женщины продолжали принимать поливитаминный комплекс, содержащий 400 МЕ/сут витамина D. Никто из включенных в исследование не принимал отдельно дополнительно препараты кальция и витамина D. Методом двухэнергетической рентгеновской остеоденситометрии на остеоденситометре Lunar Prodigy DF проведена оценка МПК в центральном и периферическом отделах скелета. За снижение МПК, соответствующее остеопении принимали Z-критерий от -1 до -2,5 SD. Хемилюминесцентным методом на анализаторе Architect 2000 определяли уровень 25-гидроксикальциферола (25(OH)D) в сыворотке крови. Уровень 25(OH)D >30 нг/мл соответствует нормальной концентрации витамина D, 25(OH)D $<30 < 20$ нг/мл соответствует недостаточности витамина D, 25(OH)D <20 нг/мл - соответствует дефициту витамина D.

Результаты. За период наблюдения у всех наблюдаемых женщин не произошло переломов. Для анализа за динамикой изменения МПК у пациенток были взяты их данные предыдущего исследования – через 6 месяцев после родов. По результатам двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии снижение МПК, соответствующие остеопении, сохранялось у 45 % ($n=25$ – группа 1) женщин, у 55% ($n=31$ – группа 2) женщин выявлены нормальные значения МПК. Обращает внимание сохраняющийся дефицит витамина D (среднее значение 25(OH)D $18 \pm 3,17$ нг/мл), встречающийся в группе со снижением МПК (группа 1). У женщин с нормальной МПК (группа 2) выявлена минимальная недостаточность витамина D (среднее значение 25(OH)D $28 \pm 4,11$ нг/мл). МПК у пациенток в группе 1 рампределилось следующим образом: в дистальном отделе предплечья у 48% женщин (Z-критерий, SD $-2,2 \pm 0,28$), в поясничном отделе позвоночника у 16 % женщин (Z-критерий, SD $-1,6 \pm 0,18$), в проксимальном отделе бедра встречается у 11% женщин (Z-критерий $1,9 \pm 0,18$).

Выводы: Таким образом, необходимо оценивать динамику МПК в течение первых 2-3 лет после родов с целью принятия решения о целесообразности назначения патогенетической терапии. Наиболее уязвимым отделом скелета в этот период продолжает оставаться ультрадистальный отдел предплечья. Дефицит витамина D остается значимым фактором риска снижения МПК в отдаленном периоде после родов и/или прекращения лактации.

БЕЗОПАСНОСТЬ ТЕРАПИИ ТЕРИПАРАТИДОМ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ

Ховасова Н.О., Дудинская Е.Н., Мачехина Л.В., Онучина Ю.С., Балашова А.В., Ткачева О.Н.

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Российский геронтологический научно-клинический центр, Москва, Россия

Актуальность. В настоящее время единственным костно-анаболическим препаратом, зарегистрированным в России, является терипаратид. Терипаратид продемонстрировал свою эффективность и безопасность в крупных зарубежных исследованиях, тем не менее, его эффективность у пожилых пациентов остаётся малоизученной.

Цель. Оценить профиль безопасности терапии терипаратидом в когорте пожилых пациентов.

Материалы и методы. В это когортное проспективное исследование включались пациенты в возрасте 60 лет и старше с тяжелым остеопорозом, перенесшие одно или более падений в течение последнего года, обратившиеся на амбулаторный приём в Российский геронтологический научно-клинический центр ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. Исключались пациенты с остеопорозом на фоне глюкокортикоидной терапии, онкологическими заболеваниями, тяжелой почечной или печеночной недостаточностью.

Перед включением в исследование выполнялось исследование в следующем объеме: общеклинический анализ крови, биохимические показатели (креатинин, общий белок, общий и ионизированный кальций, фосфор, альбумин), анализ крови на 25(OH) витамин D3, маркеры костного метаболизма (N-терминальный пропептид проколлагена 1 типа (P1NP), остеокальцин; C-концевой телопептид коллагена 1 типа (β – crosslaps), щелочная фосфатаза), двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (денситометр GE LUNAR).

Всем пациентам назначались терипаратид 20 мкг ежедневно подкожно и базисная терапия (препараты кальция и витамина D). В случае развития тяжелых нежелательных реакций (тошнота, развитие ортостатической гипотензии) введение препарата прекращалось, пациент исключался из исследования. Длительность наблюдения составила 24 месяца. Во время повторного визита оценивались частота новых переломов и падений на фоне терапии, наличие и интенсивность болевого синдрома, изменения минеральной плотности кости (МПК) по данным рентгеновской денситометрии, динамика лабораторных показателей, включая маркеры костного метаболизма.

Исследование было одобрено независимым этическим комитетом ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. Все участники подписали информированное согласие.

Статистическая обработка данных была выполнена программе IBM® SPSS® Statistics version 23.0 (SPSS Inc., США). Для оценки распределения количественных переменных использовался критерий Колмогорова-Смирнова. Количественные показатели представлены в виде среднего арифметического с соответствующим стандартным отклонением ($M \pm SD$) или