

СПА. Лечение НПВП и ГКС эффекта не оказало. При госпитализации в ревматологическую больницу отмечено отсутствие лабораторной воспалительной активности, что заставило продолжить обследование пациентов. У женщины выявлены выраженное снижение МПК, повышение уровня щелочной фосфатазы (645 ед/л), ПТГ (1790 пг/мл), снижение 25(ОН) D (5,45 нг/мл); гипофосфатемия (0,80 ммоль/л); гиперкальциемия (2,65 ммоль/л). При рентгенографии костей таза и верхней трети бедер отмечены варусная деформация обеих бедренных костей и наличие зон Лоозера обеих бедренных костей, что соответствует рентгенологической картине остеомалации. По данным УЗИ выявлена аденома паращитовидной железы. Диагностирована остеомалация на фоне дефицита витамина D и вторичного гиперпаратиреоза и аденомы паращитовидной железы.

У мужчины отмечено, что началу заболевания предшествовали низкоэнергетические переломы обеих подвздошных костей. При обследовании – снижение МПК, повышение уровня щелочной фосфатазы (987 ед/л), гипокальциемия (1,54 ммоль/л), увеличение уровня паратгормона (398,40 пг/мл), глубокий дефицит 25(ОН) D (<5,0 нг/мл). Диагностирована гипокальциемическая остеомалация на фоне глубокого дефицита витамина D.

Оба пациента с эффектом принимали насыщающую терапию витамином D с последующей поддерживающей дозой. Пациентка прооперирована по поводу аденомы паращитовидной железы. При наблюдении у обоих полностью купированы все симптомы, лабораторные параметры пришли в норму.

Заключение: При наличии у пациента болей в нижней части спины, особенно без четких признаков воспалительной, отсутствии признаков общелабораторной активности необходимо дообследование для уточнения возможной остеомалации. Диагноз спондилоартрита должен выставляться только после исключения вторичного характера симптомов.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЯИЧНИКОВ КАК ФАКТОР РИСКА ОСТЕОПОРОЗА И ПЕРЕЛОМОВ. АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

Юренева С.В., Аверкова В.Г.

ФГБУ Научный Исследовательский Медицинский Институт Акушерства, Гинекологии и Перинатологии им. акад. В.И. Кулакова Минздрава РФ.

Цель: провести системный анализ информации о влиянии преждевременной недостаточности яичников (ПНЯ) на минеральную плотность костной ткани (МПК) и риск низкотравматичных переломов. Представить алгоритм обследования и ведения пациенток с ПНЯ с целью профилактики остеопороза и переломов у молодых женщин с ПНЯ.

Материалы и методы: в анализ включены данные зарубежных статей, опубликованных в Pubmed и Medline и отечественные работы, помещенные на elibrary.ru за последние 20 лет

Результаты и обсуждения: термином преждевременная недостаточность яичников (ПНЯ) обозначается синдром, формирующийся у женщин до 40 лет, который включает в себя олиго/амеорею при регулярном менструальном цикле в прошлом, уровень фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) выше 40 МЕ/л и наличие менопаузальных симптомов. Ранее упоминавшаяся в литературе как «преждевременная менопауза» ПНЯ в настоящее время рассматривается как связанное с рядом нарушений функции яичников состояние, клинические проявления которого во многом перекликаются с таковыми при естественной менопаузе. В отличие от своевременной менопаузы, когда наблюдается окончательная потеря функции яичников, при ПНЯ может наблюдаться ее спонтанное возобновление. Несмотря на это, данная патология является важной причиной дефицита половых гормонов у женщин молодого возраста, с чем напрямую связаны многие негативные проявления и отдаленные последствия для их здоровья. Объединенные одним патофизиологическим механизмом вазомоторные симптомы (приливы жара, ночная потливость), а также снижение минеральной плотности кости (МПК), вульвовагинальная атрофия, сексуальные расстройства и когнитивные нарушения у данной категории пациенток определяют необходимость назначения заместительной гормональной терапии (ЗГТ). Возможности ЗГТ купировать климактерические симптомы, предотвратить осложнения, а также снизить риски поздних метаболических расстройств и сердечно-сосудистых заболеваний обосновывает длительное (до возраста естественной менопаузы) замещение препаратами половых гормонов утраченной функции яичников. Преждевременная недостаточность яичников была признана вторым по важности заболеванием, последствиями которого является повышенный риск развития остеопороза и переломов. Такое заключение было сделано на основании результатов проведенных исследований, в которых было выявлено значительное снижение МПК у пациенток с ПНЯ. Известно, что пиковая масса костной ткани достигается к 20-30 годам. Дефицит половых гормонов до достижения этого возраста является фактором риска низкой пиковой костной массы, а недостаток гормонов после 30 лет – приводит к потере МПК. При ПНЯ могут развиваться оба сценария. При ведении пациенток с ПНЯ важно учитывать модифицируемые клинические факторы риска остеопороза. Наиболее частыми факторами считаются старшая возрастная группа пациенток, низкий индекс массы тела (ИМТ), ранний дебют заболевания. Дополнительным фактором риска снижения МПК является задержка в постановке диагноза, с которой сталкиваются до 50% этих пациенток. В связи с высоким риском развития остеопороза и переломов у молодых женщин диагностика состояния МПК с использованием двухэнергетической рентгеновской денситометрии (ДЭРА) является обязательным обследованием при постановке диагноза ПНЯ. В настоящее время хорошо известно, что ЗГТ снижает риск переломов, ассоциированных с остеопорозом. Однако, исследований по изучению

эффектов ЗГТ, которая используется в терапии ПНЯ, на сегодняшний день недостаточно. Накопленные данные свидетельствуют, что физиологическая замена половых стероидов имеет преимущества перед комбинированными оральными контрацептивами (КОК) в отношении поддержания здоровья костей. Другим важным аспектом является доза ЗГТ. Низкие дозы эстрогенов в составе ЗГТ, как было показано в ряде исследований, были недостаточно эффективны для увеличения показателей МПК при наличии исходно остеопении или остеопороза. В настоящее время назрела необходимость пересмотра терапевтических подходов с возможностью увеличения дозы ЗГТ для сохранения здоровья костей и профилактики переломов у пациенток с ПНЯ. Стандартные и высокие дозы эстрогенов являются наиболее оптимальным выбором у данной категории пациенток. Также активно обсуждается возможность терапии препаратами андрогенов, однако отсутствие четких референсных значений для определения андрогенного профиля у женщин, небольшое количество пациенток с ПНЯ в популяции, делают затруднительным проведение подобных исследований.

Выводы: преждевременная недостаточность яичников является значимым фактором риска развития остеопороза и переломов у молодых женщин вследствие дефицита половых гормонов. Своевременная постановка диагноза и проведение ДЭРА всем женщинам с подозрением на ПНЯ, назначение адекватных доз ЗГТ позволит эффективно предотвращать потерю МПК и развитие остеопороза у данной категории пациентов.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

1. Юренева С.В. д.м.н., врач акушер-гинеколог, онколог, заместитель директора по науке института онкогинекологии и маммологии, профессор кафедры акушерства и гинекологии Департамента последипломного образования ФГБУ Научный Исследовательский Медицинский Институт Акушерства, Гинекологии и Перинатологии им. акад. В.И. Кулакова Минздрава РФ. Адрес: 117997, Россия, Москва, ул. Академика Опарина, д. 4. Телефон: 8 (916) 179-74-00. E-mail: syureneva@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-2864-066X>.
2. В.Г. Аверкова - аспирант отделения гинекологической эндокринологии ФГБУ НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова МЗ РФ. Адрес: 117997, Россия, Москва, ул. Академика Опарина, д. 4. ORCID-0000-0002-8584-5517
Телефон: 8 (915) 259-08-10. E-mail: buch1202@mail.ru.

СКРИНИНГОВАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА И МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖИТЕЛЕЙ ЗАПАДНОГО ПРИГРАНИЧЬЯ БЕЛАРУСИ

Якубова Л.В.¹, Аносов В.С.¹, Буд-Гусаим Л.С.²

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно

²Больница скорой медицинской помощи, Гродно

Крайне низкий охват обследованием на заболеваемость остеопорозом и его факторами риска населения западного приграничья Беларуси был обусловлен отсутствием рентген-денситометра. Известно, что остеопороз становится серьезной проблемой общественного здравоохранения и стоит на пересечении медицинской, социальной и экономической сфер. Закупка и использование «золотого» стандарта диагностики остеопороза позволили улучшить диагностику данного заболевания в регионе.

Цель: оценить частоту встречаемости факторов риска остеопороза и результаты денситометрии у резидентов западного приграничья Беларуси.

Материалы и методы исследования: Отбор пациентов для денситометрического обследования выполнялся по проекту №РВИ 1/0326/16 «Модель медицинской программы борьбы с остеопорозом на польско-белорусском приграничье». Оценка факторов риска остеопороза была выполнена 1000 жителям белорусского приграничья, среди которых были 115 (11,5%) мужчин и 885 (88,5%) женщин, в возрасте от 20 до 85 лет.

Оценивались антропометрические показатели: рост (см), вес (кг), рассчитывался индекс массы тела (ИМТ, кг/м²). Анкетным методом проводился опрос на основные факторы риска остеопороза: наличие в анамнезе предшествующего низкотравматического перелома, пероральный прием глюкокортикостероидов, ревматоидный артрит, вторичные причины остеопороза (сахарный диабет 1 типа, длительно нелеченый тиреотоксикоз, гипогонадизм, хроническое недоедание, мальабсорбция, хроническая болезнь печени и другие), переломы бедра у родителей в анамнезе, курение, прием алкоголя.

Денситометрия выполнялась на аппарате STRATOS DR (Франция) методом двухэнергетической абсорбциометрии. Оценка минеральной плотности костной ткани (МПКТ) проводилась на уровнях поясничных позвонков (L1-L4), правой и левой шеек бедра. Нормальные значения МПКТ согласно рекомендаций ВОЗ считались при значениях Z-score для женщин до менопаузы и мужчин до 50 лет либо T-score для женщин после менопаузы и мужчин старше 50 лет больше -1; остеопения от -1 до -2,5; остеопороз -2,5 и менее.

Обработка данных проведена с использованием пакетов прикладной программы «Statistica 7.0» (StatSoft Inc., США). Данные представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (Q25-Q75), частота представлена в виде %. Сравнение данных выполнялось по критерию Манна-Уитни. Уровень статистической значимости при $p < 0,05$.