

(38,66%), три – у 85 (14,60%), четыре и более – у 19 (3,26%). Перенесенные ранее низкоэнергетические переломы выявлены у 261 (44,85%) человека, при этом два перелома – у 75 (12,89%), три и более – у 16 (2,75%). Всего подсчет числа клинических переломов на данную популяцию выявил 959 случаев. К другим наиболее часто встретившимся ФР ОП-переломов относились: курение (12,20%), ранняя менопауза (22,32% среди включенных женщин), наличие перелома проксимального отдела бедра у родителей (6,01%). Показатель FRAX (без учета того перелома, по поводу которого пациент был включен в ЦППП) был подсчитан у 573 (98,45%) больных, так как 9 пациентов были старше 90 лет. При этом высокий риск переломов выявлен у 2 (1,35%) мужчин и 114 (26,82%) женщин. Оценка МПК выполнена у 292 (50,17%) больных, остальным она не проводилась ввиду тяжести состояния после операции (из них более 90% имели перелом

проксимального отдела бедра). При этом ОП был выявлен у 141 (48,29%), остеопения у 117 (40,07%), норма – у 34 (11,64%). Анализ встречаемости различных значений МПК в зависимости от локализации перелома не выявил достоверных различий.

Выводы. Таким образом, оценка риска повторных переломов у пациентов, включенных в наблюдение в ЦППП, выявил большую распространенность ФР ОП, особенно часто отмечались перенесенные в анамнезе переломы (что демонстрирует наличие «каскада» ОП-переломов у них), ранняя менопауза, курение, перелом бедра у родителей. Однако показатель FRAX показал довольно низкую частоту превышения порогового значения для основных ОП-переломов. При выполнении DXA оказалось, что ОП отмечен менее чем у 50% пациентов, а более чем у 10% перелом произошел на фоне нормальных значений МПК.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АЛГОРИТМА FRAX® И ДЕНСИТОМЕТРИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

НИКИТИНСКАЯ О.А., ДЕМИН Н.В., ТОРОПЦОВА Н.В.
ФГБНУ «НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой», г. Москва

Цель. Оценить чувствительность и специфичность российской модели FRAX® и рентгеновской денситометрии у женщин в постменопаузе.

Материал и методы. В исследование включены 224 женщины в постменопаузе в возрасте от 50 до 82 лет (ср. возраст 62 ± 7 лет), обследованные в 2003-2004 гг. и имевшие на этот момент данные необходимые для внесения в вопросник FRAX® для определения 10-летнего абсолютного риска переломов, который был заполнен ретроспективно в 2013-2014 гг. в ходе динамического наблюдения с целью оценки состояния пациентов. Риск основных остеопоротических переломов (ОП-переломов) оценивался в соответствии с порогом терапевтического вмешательства, предложенного Российской ассоциацией по остеопорозу в 2012г. как без, так и с учетом минеральной плотности кости (МПК). Диагноз остеопороза ставился в соответствии с критериями ВОЗ при проведении DXA.

Результаты. На момент первичного обследования переломы при минимальной травме в анамнезе имели 96 (43%) женщин, остеопороз в позвоночнике и/или шейке бедра – 105 (47%), значения FRAX® без учета МПК выше предложенного порога терапевтического вмешательства – 70 (31%) человек. В соответствии с современными рекомендациями антиостеопоротическая терапия должны была быть рекомендована 146 (65%) пациентам. За оцениваемый период патогенетическую терапию (кроме кальция и витамина D) в течение года и более получали 127 (57%) женщин. Проводимое лечение в группе высокого риска, направленное на снижение риска переломов, могло оказать влияние на результаты исследования. Переломы при минимальном уровне травмы за 10-летний период произошли

у 106 (47%) женщин, в том числе у 29 (37%) из 78 женщин, которым терапия остеопороза на момент первичного обследования была не показана.

Диагностическая чувствительность алгоритма FRAX® без учета МПК шейки бедра составила 41% (95%ДИ, 31-51), специфичность 77% (95% ДИ, 68-84). При внесении данных МПК чувствительность FRAX® снизилась до 38% (95%ДИ, 29-48), а специфичность повысилась до 82% (95%ДИ, 74-88).

Чувствительность денситометрии позвоночника для прогнозирования ОП-переломов была выше, чем алгоритма FRAX®, и составила 53% (95%ДИ, 43-63) при более низкой специфичности 61% (95%ДИ, 52-70), а денситометрия шейки бедра показала более низкую чувствительность 25% (95% ДИ, 18-35) при высокой специфичности 89% (95%, 82-94).

При оценке абсолютного риска переломов по FRAX® с использованием графика вероятности перелома с переходной зоной между высоким и низким риском для проведения денситометрии была получена более высокая чувствительность 67% (95%ДИ, 57-76) при специфичности 59% (95%ДИ, 50-68), что связано с выявлением пациентов с остеопорозом при проведении DXA, нуждающихся в терапии.

Заключение. Предложенный порог терапевтического вмешательства алгоритма FRAX® для основных ОП-переломов, рассчитанный как без МПК шейки бедра, так и с ней, не позволяет в достаточной мере выявлять пациентов, нуждающихся в назначении антиостеопоротической терапии. Дополнительное денситометрическое обследование среди лиц с «переходными» показателями FRAX® позволяет улучшить чувствительность метода.