

ПЕРЕЛОМЫ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ С РАЗЛИЧНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ FRAX®

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

Цель: Оценить частоту переломов у женщин в постменопаузе с различными показателями алгоритма FRAX® в ходе 10-летнего наблюдения.

Материал и методы. 224 женщины в постменопаузе, обследованные в 2003-2004 гг в Центре профилактики остеопороза и имевшие в амбулаторных картах все данные для ретроспективного заполнения вопросника FRAX® с целью определения 10-летнего абсолютного риска переломов на момент первичного обращения, были опрошены через 10 лет с помощью специально разработанного вопросника. 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).

Результаты. Средний возраст женщин на момент первичного обращения составил 62 ± 7 лет (от 50 до 82 лет). За 10-летний период переломы при минимальном уровне травмы произошли у 106 (47%) женщин (не учитывались переломы пальцев рук, ног и костей черепа), в том числе у 10 (4%) – переломы проксимального отдела бедра. Пациентки с новыми переломами по сравнению с лицами без них были старше по возрасту ($63,0 \pm 7,2$ лет и $60,3 \pm 7,2$ лет, соответственно, $p=0,0044$) и чаще имели переломы в анамнезе (56% и 31%, $p=0,00011$).

Новые переломы у пациентов с переломами в анамнезе произошли в среднем через 36 [12;60] мес с момента первого обследования, среди женщин без переломов в анамнезе – через 42 [18;72] мес. Среди лиц моложе 65 лет на момент первичного обследования – через 48 [24;72] мес. У 39 (17%) женщин произошли два и более перелома, временной интервал между повторными переломами составил 24 мес [12;60]. Изменения в количестве факторов риска, которые вносятся

в модель FRAX®, выявлены у 11 (5%) человек, увеличение или уменьшение их числа в среднем происходило через 48 мес [24;96].

Средний показатель FRAX® для основных ОП-переломов без учета МПК у лиц с вновь случившимися за 10 лет переломами был выше по сравнению с пациентками без таковых ($16,3 \pm 7,0\%$ и $12,6 \pm 6,5\%$, соответственно, $p=0,000065$). Аналогичные данные наблюдались и по средним значениям FRAX® для переломов бедра ($2,8 \pm 2,4\%$ и $1,96 \pm 2,8\%$, $p=0,002$), как и при включении в модель показателей МПК шейки бедра для основных ОП-переломов и для переломов бедра ($p<0,005$). Значения FRAX® без учета МПК выше порога терапевтического вмешательства для основных ОП-переломов были выявлены у 70 (31%) женщин: у 43 (61%) среди вновь сломавшихся и у 27 (39%) без новых переломов ($p<0,005$). Среди женщин с низким показателем FRAX® перенесли остеопоротический перелом 63 (41%) человека, а у 91 пациента (59%) переломы не были зафиксированы. Таким образом, женщины с высоким показателем FRAX® имели риск нового перелома в 2,3 [95%ДИ 1,29;4,1, $p=0,0044$] раза больше, чем лица с низкими его значениями. У пациенток с вновь случившимися переломами чаще определялась низкая МПК на момент первичного обследования по сравнению с женщинами без переломов (92% и 82%, $p=0,015$). Наличие остеопороза в позвоночнике и/или бедре повышало риск перелома в 2,8 [95%ДИ 1,2 ;6,37, $p=0,016$] раза.

Заключение. Наличие высокого значения FRAX® без измерения МПК повышает риск переломов в 2,3 раза, а выявленного остеопороза в поясничном отделе позвоночника и/или бедра – 2,8 раз. Динамическое наблюдение за женщинами в постменопаузе в возрасте до 65 лет и не имевших в анамнезе переломов при первичном обращении необходимо проводить максимально через 42-48 месяцев.