

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОЛЛОИДНОЙ СУСПЕНЗИИ КАЛЬЦИЯ В КАЧЕСТВЕ ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОВ К АНТИРЕЗОРБТИВНОЙ ТЕРАПИИ

ДОСКИНА Е.В., КОЧЕРГИНА И.И., АМЕТОВ А.С.
Кафедра эндокринологии ГБОУ ДПО РМАПО, г.Москва

Цель: оценить эффективность и безопасности коллоидной суспензии кальция в качестве подготовки к антирезорбтивной терапии.

Материалы и методы: в исследование рандомизировано 20 мужчин и женщин в возрасте 67±3 (от 54 до 76 лет), с верифицированным остеопорозом (ОП), не осложненным компрессионными атравматичными переломами (КАП) тел позвонков. Критериями исключения из исследования являлись верифицированные патологии, вызывающие гипо- или гиперкальциемию и/или гиперкальциурию. Не дефицитных по содержанию 25 (ОН)D в крови. В качестве антирезорбтивной терапии пациентам планировалась терапия российским дженерическим препаратом золендроновой кислоты (Резокластин ФС). Для подготовки к инфузии в течение 3 месяцев применялась коллоидная суспензия Мицеллат Актив (ООО «Славянская аптека», регистрационный № RU 77.99.88.003.Е.006004.04.15 от 28 апреля 2015 г.) в дозе 7 капель 0,7 мл – 1 раз в сутки. Длительность терапии 3 месяца.

Оценка эффективности и безопасности – определение маркеров костного ремоделирования – костной щелочной фосфатазы и СТХ, кальция общего и ионизированного и 25 (ОН)D в крови; экскрецию кальция, обще-клинический анализ крови и мочи; УЗИ почек и ЭКГ.

Результаты: при первичном обследовании выявлено у 30% гипокальциемию и у 70% нормокальциемию. В зависимости от уровня ионизированного кальция, методом случайных чисел, пациенты разделены на 2 группы. Пациенты группы 1 (ГР1) получали Мицеллат Актив, группа 2 (ГР2) – наблюдение. Изменений экскреции кальция не выявлено.

Через месяц применения коллоидной суспензии кальция ни у одного из пациентов не отмечено каких-либо изменений в самочувствии. Через 3 месяца у пациентов ГР1 отмечена нормокальциемию в 100%, изменений в экскреции кальция не зафиксировано. Статистически достоверных изменений при ЭКГ и УЗИ исследовании не выявлено в ГР1 и ГР2. У группы пациентов с гипокальциемией из ГР1 отмечено увеличение уровня кальция на 35-45%, все они достигли нормокальциемии. Несмотря на необходимость ежедневного приема препарата и особенности приготовления раствора для приема внутрь ни один из пациентов не высказал желания прекратить прием, в тоже время 100% пациентов выразили готовность продолжить прием препарата и после инфузии золендроновой кислоты.

В ГР2 отмечено увеличение количества пациентов с гипокальциемией до 60%. Изменений экскреции кальция также не выявлено.

Отмечено незначительное снижение уровня 25 (ОН)D в крови на 3-10% у пациентов ГР1. Пациентам ГР1 проведена инфузия Золендроновой кислоты (Резокластин ФС) отмечена хорошая переносимость терапии. Пациентам ГР2 назначена терапия препаратами кальция и витамином D до нормокальциемии, с последующим применением антирезорбционной терапии.

Выводы: отмечена эффективность и безопасность коллоидной суспензии кальция Мицеллат Актив (ООО «Славянская аптека», регистрационный № RU 77.99.88.003.Е.006004.04.15 от 28 апреля 2015 г.) в качестве подготовки к антирезорбтивной терапии.

УРОВЕНЬ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D У ЖИТЕЛЕЙ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО РЕГИОНА РФ И ЗНАЧЕНИЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ

КАРОНОВА Т.Л., МИХЕЕВА Е.П., НИКИТИНА И.Л., БЕЛЯЕВА О.Д., ТОДИЕВА А.М., ПОПОВА П.В., АНДРЕЕВА А.Т., ГЛОБА П.Ю., БЕЛЕЦКАЯ И.С. ГАЛКИНА О.В., ВАСИЛЬЕВА Е.Ю., ГРИНЕВА Е.Н.

ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А.Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург
ГБОУ ВПО «ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Российская Федерация в силу географического расположения и экономических особенностей имеет все предпосылки для развития недостатка и дефицита витамина D.

Цель исследования. Оценить уровень 25(ОН)D крови у жителей Северо-Западного региона РФ для изучения распространенности дефицита витамина D и его вклада в здоровье.

Материал и методы. В исследование включено 1690 человек (1349 в возрасте 18-75 лет, включая 221 беременную и 120 детей/подростков в возрасте 3-17 лет). Уровень 25(ОН)D крови оценивался хемилуминесцентным методом (Abbott Architect 8000, USA), у беременных исследование проводилось на 8-14 неделях гестации. Критерии РАОП (2015) были использованы для оценки статуса витамина D. Антропометрическое исследование включало измерение роста, веса, окружности талии (ОТ) и расчет индекса массы

тела (ИМТ). У 204 женщин в возрасте 30-52 лет проведена двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (ДРА) (Lunar Prodigy, USA). У 310 жителей 25-70 летнего возраста проведена оценка наличия тревоги и депрессии при помощи опросника госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. За отсутствие тревоги и депрессии принималось суммарное значение баллов 0-7, за субклинические нарушения – 8-10, за клинические – ≥11.

Результаты. Уровень 25(ОН)D в сыворотке крови варьировал от 9,8 до 147,5 нмоль/л, у взрослых в среднем был 54,8±0,7 нмоль/л, у детей/подростков – 46,8±1,6 нмоль/л. У женщин 25(ОН)D крови был ниже чем у мужчин (53,9±0,8 и 67,2±2,2 нмоль/л; p<0,01). Было установлено, что 16,8% популяции имели уровень 25(ОН)D более 75 нмоль/л, 37,5% – имели недостаток и 45,7% дефицит витамина D. Среди беременных только 50% женщин имели нормальный уровень

обеспеченности витамином D. Не было найдено ассоциации между уровнем 25(OH)D и возрастом. Лица с нормальным показателем ИМТ имели больший уровень 25(OH)D крови, чем лица с избыточной массой тела и ожирением ($52,5 \pm 2,8$ и $44,8 \pm 2,0$ нмоль/л, $p < 0,05$). Установлены отрицательные корреляционные связи между уровнем 25(OH)D и ИМТ ($r = -0,17$, $p = 0,03$), ОТ ($r = -0,15$, $p = 0,02$). Концентрация 25(OH)D крови у беременных не была ассоциирована ИМТ, приемом препаратов, содержащих витамин D, а также антропометрическими параметрами новорожденных. Результаты проведенной ДРА показали, что 18,6% женщин имели снижение МПК, однако чаще эти изменения были характерны для лиц с нормальной массой тела по сравнению с женщинами, имеющими ожирение. Результаты корреляционного анализа продемонстрировали, что МПК в проксимальном отделе бедра ассоциирована с ИМТ ($r = 0,43$, $p = 0,008$), ОТ ($r = 0,51$, $p = 0,002$). В тоже время, показали МПК находились в корреляционной зависимости с 25(OH)D только у женщин в возрасте до 40 лет ($r = 0,48$, $p = 0,04$). Наличие тревожного расстройства выявлено у 32,5%, депрессивного синдрома – у 11,0% обследованных. Результаты исследования проде-

монстрировали наличие отрицательной взаимосвязи между уровнем 25(OH)D и степенью выраженности тревожных нарушений ($r = -0,11$, $p = 0,03$). Степень выраженности депрессивных нарушений была ассоциирована с возрастом обследованных ($r = 0,12$, $p = 0,02$), но не зависела от уровня обеспеченности витамином D ($r = -0,08$, $p = 0,09$). Исключение таких факторов формирования психогенных нарушений как ожирение, артериальная гипертензия, нарушение метаболизма глюкозы, позволило определить самостоятельный вклад низкого уровня 25(OH)D в сыворотке крови в развитии тревожного расстройства в исследованной популяции ($R^2 = 0,02$, $p = 0,01$).

Выводы. Дефицит и недостаток витамина D широко распространены у жителей Северо-Западного региона РФ независимо от возраста. Наиболее низкий уровень 25(OH)D крови характерен для женщин и лиц с избыточным количеством жировой ткани. Дефицит витамина D вносит вклад в формирование остеопенического синдрома у женщин в возрасте до 40 лет, а также, возможно, является самостоятельным фактором, участвующим в развитии тревожного синдрома.

УРОВЕНЬ 25(OH) ВИТАМИНА D У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ И ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

ХРАМЦОВА Н.А.^{1,2}, МЕНЬШИКОВА Л.В.^{1,2}, ГРУДИНИНА О.В.¹

¹ОГАУЗ «Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр»
²ГБОУ ДПО «Иркутская государственная академия последипломного образования», Иркутск

Витамин D относится к группе жирорастворимых витаминов, который естественным образом присутствует лишь в очень ограниченном количестве продуктов питания, а синтез в организме человека возможен только в определенных условиях, когда ультрафиолетовые лучи солнечного света попадают на кожу. Как известно, D-гормон обладает антипролиферативным эффектом на кератиноциты, поэтому оправдано применение витамина D при пролиферативных заболеваниях кожи, например, псориазе.

Цель. Изучение уровня 25(OH) витамина D у пациентов с псориазом и псориатическим артритом в зависимости от состояния минеральной плотности костной ткани (МПКТ).

Материал и методы. На базе Иркутского областного диагностического центра были обследованы 123 пациента с псориазом и псориатическим артритом (женщин 39%, мужчин 61%), средний возраст – $52,31 \pm 7,3$ лет. Критериями исключения из исследования явился регулярный прием препаратов, содержащих витамин D. На всех пациентов заполнялась унифицированная анкета с детальным анализом факторов риска остеопороза. Определение уровня 25(OH)D проводилось при помощи биохимического анализатора Cobas 8000, (Roche, Швейцария). Дефицит витамина D определяется как концентрация 25(OH)D < 20 нг/мл, недостаточность – концентрация 25(OH)D от 20 до 30 нг/мл, адекватные уровни – более 30 нг/мл. Минеральная плотность костной ткани оценивалась методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии на аппарате EXCELL XR-46 NORLAND в области поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости. Оценка плотности костной ткани осуществлялась в г/см², по T критерию (у лиц старше 50 лет) и Z критерию (у лиц до 50 лет) и их про-

центному отклонению от стандарта. Согласно рекомендациям ВОЗ (1994) снижение МПКТ по T – критерию до $-1,0$ SD оценивалось как вариант нормы, от $-1,0$ SD до $-2,5$ SD – остеопения, менее $-2,5$ SD – остеопороз. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0 («Statsoft», США).

Результаты. Концентрация уровня 25(OH) D в сыворотке крови у обследованных пациентов в среднем составила $19,1 \pm 1,3$ нг/мл и варьировала от 7,16 нг/мл до 34,80 нг/мл. Дефицит и недостаток витамина D выявлен у 90 пациентов, что составило 73,2%. Лишь треть (26,8%) обследованных имели нормальный уровень витамина D. Установлено, что в условиях снижения концентрации 25(OH) D в сыворотке крови показатели минеральной плотности костной ткани были существенно ниже, по сравнению с теми, у кого уровень витамина D соответствовал нормальным значениям. Так, частота остеопороза составила в группе пациентов с дефицитом и недостаточностью витамина D 53,3% (48 чел.), среди лиц с нормальным уровнем витамина – 15,2% ($p = 0,0003$). Средние значения BMD в первой группе составили в среднем $0,706 \pm 0,06$ г/см³, в второй – $0,923 \pm 0,05$ г/см³ соответственно.

Дефицит витамина D ассоциировался с такими факторами риска, как снижение СКФ < 60 мл/мин (OR 1,9; $p < 0,01$), склонность к падениям (OR 1,7; $p < 0,05$), переломы в анамнезе (OR 1,3; $p < 0,05$) и ИМТ > 25 кг/м² (OR 1,3; $p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, у пациентов, страдающих псориазом и псориатическим артритом, в 70% случаев отмечался дефицит или недостаток витамина D в сыворотке крови, что ассоциировалось с низкой минеральной плотностью костной ткани и высокой частотой остеопороза.