

Цель исследования: изучить колебания уровня витамина D у пациентов с остеопорозом (ОП) в зависимости от времени года.

Материалы и методы. Мы исследовали уровень витамина 25(OH)D₃ у 396 больных (средний возраст 54,07±11,32), наблюдавшихся с диагнозом ОП/остеопения, из них 376(94,95%) женщины и 20(5,05%) мужчины. С переломами в анамнезе было 245 пациентов, без переломов - 151 человек. Всем пациентам была проведена двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия на аппарате Lunar DPX. Диагноз ОП ставился на основании клинических рекомендаций Остеопороз-2021 утвержденных Минздравом РФ. Уровень витамина 25(OH)D₃ определялся с помощью набора для иммуноферментного анализа 25-OH Vitamin D ELISA.

Результаты. Максимальные уровни средних значений 25(OH)D₃ наблюдались в июне (90,38 нмоль/л), а минимальное значение в январе (50,85 нмоль/л, p<0,001). В течение июля-ноября средние значения уровня витамина D составили 65,94-73,89 нмоль/л (различия статистически недостоверны).

С целью выявить количество больных, нуждающихся в медикаментозной профилактике гиповитаминоза D, мы рассчитали количество больных имеющих дефицит витамина D. Нами было установлено, что в течение года у большинства пациентов имеется недостаточность данного показателя. Наибольший процент больных с дефицитом витамина D наблюдался в апреле и мае (16,67 и 12,24% соответственно). В период с июня по сентябрь частота гиповитаминоза была значительно ниже и составила 1,92-3,7%. Не смотря на то, что в январе и декабре наблюдаются самые низкие средние значения 25(OH)D₃, в эти месяцы не было пациентов с дефицитом данного показателя.

Мы также изучили взаимосвязь 25(OH)D₃ с возрастом пациентов. Нами было выявлено, что с увеличением возраста пациентов наблюдается постепенное снижение уровня 25(OH)D₃ крови (r = - 0,099, p = 0,049).

Выводы. Нами были выявлены существенные сезонные колебания 25(OH)D₃ в обследованной группе больных. Влияние сезонного фактора на уровень витамина D доказано с помощью статистических методов анализа. Не выявлено статистически значимых различий средних уровней витамина D в летние месяцы, сопровождаемые высокой солнечной активностью (июль-август) и осенние (сентябрь-ноябрь). Данный факт возможно объяснить малым временем пребывания на открытом воздухе в жаркие летние дни, что не способствует достаточной выработке эндогенного 25(OH)D₃.

На основании выявленных результатов рекомендуется проводить профилактику дефицита витамина D. Для населения Волгоградской области профилактику следует проводить с сентября по май, в соответствии с международными рекомендациями. Особенно это важно для пациентов старшей возрастной группы.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОГО ОСТЕОПОРОЗА ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

Бабарина М.Б, Лазарева М.А.

Многопрофильный медицинский центр «Меседклиника», Москва.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва

Глюкокортикоидный остеопороз (ГКО) является наиболее частой причиной вторичного остеопороза и занимает третье место по этиологическому признаку после постменопаузального и сенильного остеопороза. Глюкокортикоиды (ГКС), обладая мощным противовоспалительным, иммуносупрессивным, антиаллергическим и противошоковым действием, нашли широкое применение в лечении тяжелых системных, аллергических и аутоиммунных заболеваний. Во время пандемии COVID-19 терапия ГКС успешно используется в большинстве стран мира у пациентов с тяжелым течением коронавирусной инфекции, показывая высокую эффективность и значительное снижение уровня смертности. Тем не менее, в клинической практике всегда следует помнить о том, что ГКС оказывают негативное воздействие на костное ремоделирование, и существует корреляция между дозой препарата и риском низкотравматичных переломов у пациентов.

Клиническое наблюдение. Пациент К., 71 год, в 2016 году (возраст 65 лет) впервые поставлен диагноз «системный васкулит» с тромбофилией, аутоиммунными нарушениями (положительные антитела к эндотелиальным клеткам, гладкой мускулатуре, кардиомиоцитам, волокнам проводящей системы сердца), с поражением лёгких, сердца, сосудов и серозных оболочек смешанного генеза. Инициирована терапия пероральными ГКС – преднизолоном 30 мг в сутки, в течение года доза постепенно снижалась до 10 мг в сутки.

В 2017 году в ходе динамического наблюдения направлен на МСКТ органов грудной клетки – выявлены консолидированные переломы ребер справа, компрессионный перелом тела Th7 позвонка. Терапия по поводу переломов не назначалась.

В 2018 году преднизолон был заменен на метилпреднизолон в эквивалентной дозе – 8 мг.

В мае 2019 года стал отмечать выраженные боли в грудопоясничном отделе позвоночника, мышечную слабость, снижение в росте на 4 см по сравнению с молодостью, похудание верхних и нижних конечностей, трудности самообслуживания: передвигался при помощи ходунков, не мог самостоятельно подняться по лестнице. В связи с вышеуказанными жалобами, длительным приёмом ГКС проведено дообследование: по данным рентгенографии поясничного отдела позвоночника (ПОП) определяется умеренная клиновидная деформация L1-L2 за счет проседания верхних замыкательных пластинок. По МСКТ пояснично-крестцового отдела позвоночника определяется выраженный остеопороз поясничных позвонков, снижение высоты L1 в правых отделах на ¼. По денситометрии бедренных костей

и ПОП для оценки минеральной плотности костной ткани: на уровне L1-L4 T-критерий составлял (-3,0 SD). Маркер формирования костного матрикса P1NP – 40,3 нг/мл (15-80), маркер костной резорбции b-CrossLaps – 0,810 нг/мл (<0,704), показатели кальций-фосфорного обмена и 25-ОН-Д3 в пределах референсных измерений, обращала на себя внимание стойкая гипопропротеинемия. При подробном сборе анамнеза выявлено, что пациент с 2000 года соблюдает низкобелковую диету. Установлен диагноз «вторичный глюкокортикоидный остеопороз тяжелого течения с множественными компрессионными переломами позвоночника с очень высоким риском переломов». Пациенту разъяснена необходимость сбалансированного питания с достаточным употреблением в пищу белковых и кальцийсодержащих продуктов. Инициирована терапия аналогом паратиреоидного гормона – терипаратидом 20 мкг подкожно 1 раз в сутки, холекальциферол 3500 МЕ в сутки и карбонат кальция 3000 мг в сутки, альфакальцидол 1 мкг в сутки. Терапию переносил удовлетворительно: отмечал уменьшение болевого синдрома, повышение толерантности к физической нагрузке: стал самостоятельно передвигаться, подниматься по лестнице без посторонней помощи. Новых переломов зафиксировано не было. Через 3 месяца маркер костной резорбции b-CrossLaps – 1,24 нг/мл (<0,704).

В мае 2020 года плановая денситометрия для оценки эффективности терапии не проводилась ввиду госпитализации по поводу новой коронавирусной инфекции тяжелого течения. В стационаре в рамках лечения COVID-19 проводилась инфузия 60 мг преднизолона в сутки на протяжении 3 дней. После выписки рекомендовано продолжить приём метилпреднизолона 16 мг в сутки, через месяц в связи с рецидивом системного васкулита ревматологом увеличена доза метилпреднизолона до 96 мг в сутки с последующим постепенным снижением до 4 мг в течение 12 недель. Был рассмотрен вопрос об отмене метилпреднизолона, но с целью избежания повторного рецидива аутоиммунного процесса решено продолжить приём ГКС в поддерживающей дозе 4 мг через день.

В мае 2021 госпитализирован в связи с новой коронавирусной инфекцией среднетяжелого течения. В течение 6 дней проводились инфузии дексаметазона 20 мг в сутки. После выписки из стационара возобновлена терапия метилпреднизолоном 4 мг через день. В июне 2021 была повторно проведена денситометрия бедра и ПОП: на уровне L1-L4 T-критерий составляет (-2,2 SD). В анализе крови выявлен дефицит 25-ОН-Д3, проводилась терапия насыщенными дозами холекальциферола, сохранялась гипопропротеинемия: ввиду трудностей соблюдения диетических рекомендаций, к терапии добавлен специализированный пищевой продукт с высоким содержанием белка. В июле 2021 года инициирована терапия деносумабом 60 мг 1 раз в 6 месяцев (в сочетании с препаратами кальция и холекальциферолом), выявлена положительная динамика в анализе b-CrossLaps по сравнению с 2019 годом - 0,539 нг/мл (<0,704), кальций и витамин Д в пределах референсных значений.

Денситометрия бедра и ПОП в динамике от марта 2022: на уровне L1-L4 T-критерий составляет (-2,0 SD), b-CrossLaps – 0,087 нг/мл (<0,704). Терапию переносил удовлетворительно: отмечает повышение толерантности к физической нагрузке – самообслуживание без посторонней помощи, введение коротких прогулок в режим дня. Новых переломов зафиксировано не было.

Заключение: В настоящее время частота вторичного остеопороза увеличилась в связи с частым назначением ГКС для лечения осложнений новой коронавирусной инфекции тяжелого течения. Данная ситуация осложняется тем, что диагностика и начало лечения могут быть отсрочены по причине длительного периода самоизоляции и трудностей в получении плановой медицинской помощи и обследований во время пандемии. В клинической практике необходимо помнить о динамическом наблюдении пациентов, принимающих ГКС постоянно либо эпизодически в высоких дозах, для своевременного выявления остеопороза и инициации терапии. В нашем наблюдении у пациента в течение 24 месяцев лечения тирипаратидом с последующим переходом на терапию деносумабом отмечался значительный прирост МПК в начале терапии и дальнейшее сохранение уровня МПК, несмотря на постоянную терапию высокими дозами ГКС, новых переломов зафиксировано не было. Тирипаратид для лечения тяжелого глюкокортикоид-индуцированного остеопороза с двумя и более переломами тел позвонков у пациентов с длительным приёмом высоких доз ГКС является эффективным методом предупреждения дальнейших переломов и обеспечивает значительный прирост МПК.

ОЦЕНКА МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОПОРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Баранова И.А., Сулейманова А.К., Захарова В.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

Целью исследования являлась оценка различных методов диагностики остеопороза - калькулятора для расчета риска переломов (Fracture Risk Assessment Tool – FRAX®) и двуэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДРА) аксиального скелета, а также последовательности их применения в диагностическом алгоритме у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) без переломов крупных костей скелета в анамнезе.

Материалы и методы. Проведено одномоментное поперечное исследование с участием пациентов с ХОБЛ вне обострения (n = 115: 93 мужчины, 22 женщины; средний возраст – 67,2 ± 7,1 года). Выполнены клинический осмотр, расчет FRAX® и сопоставление 10-летней вероятности основных остеопоротических переломов с использованием