

Остеопороз в практиці травматолога-ортопеда

По итогам XV съезда ортопедов-травматологов Украины

15-18 сентября в г. Днепропетровске состоялся XV съезд ортопедов-травматологов Украины, на котором поднимался широкий спектр вопросов, связанных с заболеваниями костной ткани и опорно-двигательного аппарата. Этой проблемы коснулся президент Украинской ассоциации остеопороза, директор Украинского научно-медицинского центра проблем остеопороза, руководитель отдела клинической физиологии и патологии опорно-двигательного аппарата Института геронтологии НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Владислав Владимирович Поворознюк в докладе «Остеопороз в практике травматолога-ортопеда».



— Актуальность проблемы остеопороза определяется высокой летальностью при остеопоротических переломах (в особенности при переломах бедренной кости), а также большой экономической нагрузкой, так как затраты на лечение остеопороза соизмеримы со стоимостью терапии сердечно-сосудистых заболеваний или астмы.

На сегодняшний день остеопороз определяется как системное заболевание скелета, характеризующееся сниженной костной массой, микроструктурными повреждениями костной ткани, которые приводят к увеличению ломкости костей и последующему повышению риска переломов (Consensus Development Conference, 1991; World Health Organisation, 1994).

Клиническими признаками постменопаузального остеопороза являются хроническая боль, уменьшение роста, кифоз, обструктивные заболевания легких, запоры, боль в животе, снижение самооценки и депрессия. При сборе анамнеза и клиническом обследовании больного с данным

заболеванием важно обращать внимание на наличие переломов в прошлом, гастроинтестинальные проблемы, длительную нетрудоспособность, депрессию, клинические признаки вторичных причин остеопороза.

Факторами высокого риска развития остеопоротических переломов являются возраст пациента >70 лет, наличие менопаузы, гипогонадизма, переломов шейки бедренной кости у родственников I линии, прием глюкокортикоидов, мальабсорбция, повышенный обмен костной ткани, апогехия nervosa, ИМТ <18 кг/м², иммобилизация, хроническая почечная недостаточность. Об умеренном риске можно говорить при дефиците эстрогенов, употреблении кальция <500 мг/сут, первичном гиперпаратиреозе, ревматоидном артрите, болезни Бехтерева, приеме антиконвульсантов, гипертиреозе, сахарном диабете, курении и злоупотреблении алкоголем.

Таким образом, можно выделить факторы риска остеопоротических переломов, которые невозможно изменить (наличие переломов у родственников I линии, принадлежность к европеоидной расе, возраст, женский пол, деменция), а также потенциально поддающиеся коррекции (курение, ИМТ, дефицит эстрогенов,

недостаточное употребление кальция, алкоголизм, недостаточная физическая активность). Последние должны стать объектом внимания клинициста, задача которого заключается в донесении до пациента важности модификации образа жизни для профилактики костных переломов.

Кроме того, согласно данным многочисленных исследований, наличие вертебральных переломов в анамнезе также значительно повышает риск возникновения остеопоротических переломов в будущем. В связи с этим вертебральные переломы можно рассматривать как один из методов оценки риска развития последних.

Важно помнить, что вертебральные переломы в большинстве случаев не распознаются. Только около 25% из них имеют клиническую манифестацию. Перелом тел позвонков можно заподозрить при острой боли в нижней части спины, уменьшении роста на 2 см, появлении кифоза, определении остеопороза (при наличии переломов в анамнезе), при наличии выраженных факторов риска, например прием глюкокортикоидов в анамнезе.

Спектр необходимых при остеопорозе лабораторных тестов включает общий анализ крови (СОЭ, гемоглобин, гематокрит, лейкоциты), биохимический анализ крови (кальций, фосфор, общий белок, альбумин, щелочная фосфатаза, печеночные пробы, креатинин, электролиты), а также определение уровня кальция в моче. Кроме этого, у некоторых групп пациентов необходимо оценивать уровень тестостерона, фолликулостимулирующего гормона, эстрадиола, паратгормона, метаболитов витамина D, а также проводить рентгенографию позвоночника и биопсию костной ткани. Лабораторная оценка состояния необходима у мужчин с остеопорозом, при переломах, возникновение которых невозможно объяснить, при отсутствии ответа на терапию, подозрении на наличие вторичных причин возникновения остеопороза.

Нетравматичным тестом для измерения минеральной плотности костной ткани (МПКТ) является денситометрия. К ее основным методикам относятся двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DEXA), ультразвуковая денситометрия, количественная компьютерная томография. Данные методы позволяют выявить остеопороз и остеопению в разных участках скелета, определить риск возникновения переломов, осуществлять мониторинг лечения.

Инструментальные методы диагностики остеопороза включают рентгенографию, компьютерную томографию, остеосцинтиграфию, однофотонную компьютерную томографию (СПЕКТ) и магнитно-резонансную томографию.

В диагностике остеопороза важным также является определение маркеров метаболизма костной ткани, которые позволяют провести оценку ее состояния. Среди них можно выделить остеокальцин (OC), костный изофермент щелочной фосфатазы (bone ALP), N-терминальный пропептид проколлагена I типа (PINP), пиридинолин (PYD), деоксипиридинолин (DPD), N-телопептид коллагена I типа (NTX), C-телопептид коллагена I типа (CTX).

Общеизвестно, что важную роль в патогенезе остеопороза играет дефицит кальция в рационе питания. Анализ уровня

потребления этого макроэлемента украинскими женщинами в постменопаузальном периоде показывает, что около половины из них получают менее 400 мг кальция в сутки. В связи с вышеуказанным актуальным является использование препаратов кальция и витамина D в лечении заболеваний костно-мышечной системы у людей старших возрастных групп.

Совместно с Институтом ревматологии РАМН нами было проведено многоцентровое открытое сравнительное исследование эффективности препарата Кальцецин Адванс. Его задачи включали оценку влияния препарата на динамику МПКТ, интенсивность вертебрального болевого синдрома, качество жизни, предупреждение остеопоротических деформаций тел позвонков, а также определение безопасности и переносимости препарата. В исследовании приняли участие женщины в возрасте 45-65 лет с длительностью постменопаузального периода более двух лет. Участниц распределили на две группы, сопоставимые по возрасту и показателям МПКТ: основная группа — пациентки, получавшие препарат Кальцецин Адванс по 1 таблетке два раза в сутки; группа сравнения — женщины, не принимавшие препараты, оказывающие влияние на метаболизм костной ткани. Методы исследования включали DEXA с определением МПКТ поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости, оценку биохимических маркеров костного обмена, выраженности вертебрального болевого синдрома и качества жизни с использованием унифицированных опросников (визуально-аналоговой шкалы боли, Ecos), денситометрическую морфометрию.

В результате исследования было показано достоверное повышение относительно группы сравнения МПКТ поясничного отдела позвоночника, бедренной кости через 6 и 12 мес приема препарата Кальцецин Адванс, а также отмечена стабилизация потери костной ткани в других исследуемых участках. Выявленность болевого синдрома в грудном и поясничном отделах позвоночника у женщин, принимавших препарат, достоверно снижалась уже через 3 мес (эффект сохранялся через 6 и 12 мес). У женщин основной группы было также установлено достоверное улучшение качества жизни и повышение физической активности.

Эффективность препарата Кальцецин Адванс была показана и в других исследованиях. В частности, он оказывал значимое положительное влияние на выраженность болевого синдрома в поврежденной конечности и показатель индекса прочности костной ткани у больных с переломами проксимального отдела бедренной кости (В.В. Поворознюк и соавт., 2008).

Согласно резолюции группы экспертов, принятой в г. Барселоне в 2002 г., остеопороз — заболевание, успешное лечение которого возможно при постоянном наблюдении врача за его течением. При этом средствами первой линии в профилактике и лечении остеопороза считаются препараты кальция и витамина D. Доказано, что они фармакологически активны, безопасны и эффективны в профилактике и лечении остеопоротических переломов при их использовании в адекватных дозах.

Подводя итог, хочется еще раз отметить, что адекватное употребление кальция и витамина D, содержащихся в пищевых продуктах или лекарственных препаратах, — важная составляющая профилактики и лечения остеопороза. Комбинированный прием кальция и витамина D снижает частоту переломов, включая перелом шейки бедра у пожилых женщин с высоким риском его развития. Длительный прием кальция также уменьшает скорость потери костной ткани в различных участках скелета.

Подготовил **Дмитрий Демьяненко**



КАЛЬЦЕМІН

Ваша опора на довгі роки!

ПРЕПАРАТИ НОВОГО ПОКОЛІННЯ

- Ефективні завдяки спеціальній комбінації кальцію, вітаміну D₃ і мінералів
- Легко засвоюються у травному каналі¹
- Не збільшують ризику утворення кальційоксалатних каменів у сечовивідних шляхах²





Спеціально для людей, старших за 50 років

В складі Кальцецину Адванс і Кальцецину Сільвер

1. Heller HJ, Green LS, Horowitz SD et al. Pharmacokinetic and pharmacodynamic comparison of two calcium supplements in postmenopausal women. J Clin Pharmacol. 2000 Nov;40(11):1327-44.

2. Matsumoto ED, Heller HJ, Adams-Huet B et al. Effect of high and low calcium diets on stone forming risk during liberal calcium intake. J Urol. 2006 Jul;176(1):132-6.

Р.Л. МОЗ України: Р.10.02/05389 від 11.12.07; UA/71101/01 від 08.10.07; UA/7138/01/01 від 11.10.07; П.05.03/06821 від 30.05.08; UA/8391/01/01 від 30.05.08

Результат лікарського нагляду.



Bayer HealthCare
Consumer Care®
* Байер Хелс Кер Консьюмер Кер