

Руденко, Э.В. Профилактика повторных переломов при остеопорозе / Э.В. Руденко, О.П. Кезля, О.Л. Эйсмонт, С.В. Зарецкий, **А.И. Алешкевич** и др. // Здоровоохранение. – № 3, 2014 г. – С. 62-66.

Профилактика повторных переломов при остеопорозе

Руденко Э.В., Кезля О.П., Эйсмонт О.Л., Зарецкий С.В.,
Алешкевич А. И., Васильева Н.А., Алехнович Л.И., Мартусевич Н.А.,
Шепелькевич А.П., Почкайло А.С., Байко С. В.

Особенности нарушений метаболизма в костной ткани, которые приводят к развитию остеопороза, уже попадали в поле зрения участников заседания круглого стола. Тогда обсуждение касалось мероприятий при остеопорозе, направленных на первичную профилактику переломов. В редакции журнала «Здоровоохранение» за круглым столом во главе с профессором Э. В. Руденко собрались травматологи, эндокринологи, ревматологи, педиатры и специалисты лучевой и лабораторной диагностики, чтобы акцентировать внимание общественности на таких проблемах, как осложненный остеопороз.

Э. В. Руденко, доктор медицинских наук, профессор, председатель БОО «Победим остеопороз вместе»:

Остеопороз, сопровождающийся тяжелыми переломами, усугубляет хронический болевой синдром, социальную дезадаптацию. Как правило, люди нуждаются в уходе. Лечение и реабилитация пациентов с переломами на фоне остеопороза влекут большие экономические затраты. Важно изначально разобраться в эпидемиологии остеопоротических переломов.

О. П. Кезля, зав. кафедрой травматологии и ортопедии БелМАПО, доктор медицинских наук, профессор:

Для обывателя остеопороз – просто одно из новых слов, внушающих страх. Остеопороз – это не чума или холера, которые уносили жизни людей целых континентов, его не надо бояться. Самое тяжелое осложнение остеопороза – перелом шейки бедра, луча или позвоночника, причем пациенты умирали не столько из-за перелома шейки бедра, сколько из-за его осложнений, обездвиживания. По данным эпидемиологических исследований, перелом проксимального отдела бедренной кости встречается в 20,7 случаях на 10 000 жителей, правда, частота распространения данного осложнения зависит от возраста: у пациентов старше 30 лет перелом шейки бедра наблюдается в 0,9-1,1 случая, в возрасте 50 лет – в 5-8 случаях, 80 лет – в 250.

По данным Американской ассоциации ортопедов, с 1928 г. по 1992 г. отмечено пятикратное увеличение количества переломов проксимального отдела бедра, что связывают с ростом продолжительности жизни человека. Учитывая, что благосостояние людей улучшается, а продолжительность жизни увеличивается, количество пациентов с данной патологией будет неуклонно расти. То есть в ближайшие годы ожидается 2-3-кратный рост остеопоротических переломов.

Как видим, проблема глобальная, в том числе и с экономической точки зрения. По данным Российского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена, 60% коечного фонда занимают пациенты старше 50 лет с переломом проксимального отдела бедра. В Великобритании, Германии и США эндопротезирование

для 1 человека стоит 20–25 тысяч долларов, на реабилитацию пациентов с остеопоротическими переломами уходит более 7,5 млрд долларов в год.

К лечению пациентов с переломами проксимального отдела бедра нужно подходить разумно, учитывая соматическую патологию, которая значительно ухудшает прогноз, показания и противопоказания. Сегодня существует серьезная проблема с точки зрения оказания травматологической помощи: в университете будущих врачей ориентируют лечить болезнь, а не пациента, что в корне неправильно. Мы научились выполнять остеосинтез поврежденной конечности, клинические фармакологи обеспечивают фармакологическую поддержку, но реабилитация, которая не менее значима, чем оперативное вмешательство, остается незадействованной. Этим пациентов нужно учить, как ходить, сидеть, вставать, поднимать груз, то есть обучать простым вещам, незнание которых приводит к компрессионным переломам позвонков.

Э. В. Руденко:

Предлагаю рассмотреть еще один аспект – перипротезные переломы. Как много пациентов обращаются за специализированной помощью?

О. Л. Эйсмонт, зам. директора по научной работе РНПЦ травматологии и ортопедии, доктор медицинских наук, доцент:

Количество пациентов с перипротезными переломами увеличивается пропорционально числу выполненных операций по эндопротезированию сустава. Правильнее сказать так: частота осложнений уменьшается, но увеличивается их абсолютное количество, что обусловлено ростом числа таких оперативных вмешательств. Почему это происходит?

Одним из наиболее неблагоприятных факторов для прогнозирования долгосрочности функционирования эндопротеза сотрудники Национального института здоровья США называют потерю костной ткани после эндопротезирования. То есть после операции происходит адаптационное, или стрессовое, костное ремоделирование. Оно развивается в ответ на изменение механической нагрузки в суставе после эндопротезирования за счет перераспределения таковой и изменения напряжения в костной ткани.

Ремоделирование в костной ткани может привести к околопротезному перелому. С помощью денситометрии было показано, что потеря костной массы в перипротезной зоне через 2–5 лет колеблется в пределах 10–40%, некоторые авторы указывают на 50%. Частота развития перипротезных переломов сегодня составляет порядка 10%: сюда относят интраоперационные переломы, возникшие непосредственно во время установки эндопротеза, а также осложнения, проявившиеся спустя несколько месяцев и даже лет после операции.

Учитывая увеличение количества ревизионных операций после эндопротезирования (их доля выросла до 30%), проблема перипротезных переломов приобретает особое звучание. Нужно учитывать все факторы риска: не только зависящие от пациента – имею в виду состояние костной ткани, но и особенности хирургической техники, имплантируемой конструкции эндопротеза, назначение адекватной медикаментозной дооперационной терапии, направленной на уменьшение количества таких осложнений, как перипротезные переломы. Последующее лечение гораздо сложнее, причем это связано не только с техническими особенностями выполнения хирургических

вмешательств. Остеосинтез осложняется состоянием костной ткани в области эндопротеза на фоне остеопороза.

Таким образом, чтобы сустав длительно функционировал и был стабилен, чтобы снизить риск развития осложнений в виде перипротезных переломов, необходима фармакологическая коррекция нарушения механизмов ремоделирования костной ткани за счет уменьшения интенсивности резорбции, медикаментозная терапия, которая должна войти в протоколы лечения и ведения пациентов как до, так и после операции.

О. П. Кезля:

Необходимо обратить внимание на разобщенность врачей разных специальностей: сегодня нет интеграции между травматологом, терапевтом и эндокринологом... Назначая нестероидные препараты, гормональные лекарственные средства при заболеваниях коленных суставов, мало кто задумывается о том, что такая терапия приведет к нарушению структуры костной ткани, что сводит на нет усилия хирургов-травматологов.

Э. В. Руденко:

Согласно последним рекомендациям европейских травматологов, при проведении медикаментозного лечения к препаратам первой линии рег ос относятся алендроновая кислота, улучшающая метаболизм костной ткани после операции (назначают примерно через 2 нед, до запуска процессов стрессового ремоделирования), затем следуют внутривенные бисфосфонаты (через 3 мес после операции).

На фоне остеопороза также возникают компрессионные переломы позвонков. Как часто обращаются за медицинской помощью пациенты с данными осложнениями?

С. В. Зарецкий, зам. главного врача по хирургии 5-й ГКБ Минска:

Сегодня в поликлиниках города самые большие очереди выстраиваются к врачам-вертебрологам. Вертебрология включает в себя травматологию, неврологию и нейрохирургию. Анализируя обращаемость пациентов старше 65 лет с болями в спине (лица с проявлениями остеопороза в начальной стадии, когда рентгенологически можно увидеть «ножницы»), приходится признать своеобразное понимание неврологами сути остеопороза. Вместо адекватной помощи в ранний период пациенты вынуждены скитаться по амбулаторной сети, ожидая в бесконечных очередях.

Ради справедливости следует отметить, что сегодня наблюдается прорыв в области оказания медицинской помощи пациентам с остеопорозом. Благодаря инициативе и деятельности специалистов, собравшихся сегодня за круглым столом, значительно возросли возможности выполнения денситометрии. Хирурги-ортопеды достигли значительных успехов в лечении переломов шейки бедра: оценив показания и противопоказания к проведению эндопротезирования, пациенту ставят однополюсной протез и возвращают его к жизни, спасая, прежде всего, от обездвиживания.

С точки зрения вертебрологии, обездвиживание пациента с компрессионными переломами позвонков на фоне остеопороза означает медленное угасание человека. Думаю, в будущем станет возможным своевременное проведение спондило- или вертебропластики. Это позволит сохранить качество жизни и подвижность пациента, поступившего со спондило- патией на фоне системно выраженного остеопороза. Методика технически несложная, может относиться к вмешательствам «хирургии одного дня» (правда, вертебропластика актуальна до момента, пока не начались процессы регенерации, чтобы можно было бы восполнить пустоту и восстановить объем). Затем в

бой вступают специалисты, которые будут наблюдать пациента и корректировать медикаментозное лечение, плотность костной ткани.

Э. В. Руденко:

Компрессионные переломы приводят к сужению спинномозгового канала. Когда нужно вызывать вертебролога?

С. В. Зарецкий:

По данным литературы и нашим наблюдениям, стеноз позвоночного канала в 30% случаев считается клинически незначимым, что практически не встречается при остеопорозе. При наличии компрессионного перелома ликвор выдавливает осколки за пределы позвоночного канала, поэтому пациенты не обращаются по поводу неврологического дефицита или сдавления спинного мозга. Намного актуальнее болевой синдром, который приводит к обездвиживанию и развитию серьезных осложнений.

Э. В. Руденко:

Какими методами диагностики остеопороза сегодня располагают врачи?

А. И. Алешкевич, зав. кафедрой лучевой диагностики и лучевой терапии БГМУ, кандидат медицинских наук, доцент:

В настоящее время методами лучевой диагностики, которые могут применяться для определения снижения костной массы, являются традиционная рентгенография, рентгеновская компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и рентгеновская денситометрия. Традиционная рентгенография является самым распространенным методом для диагностики костной патологии, однако позволяет только заподозрить остеопороз на начальных стадиях, а достоверно определять данный патологический процесс может лишь при потере костной массы от 30–40% и более. Рентгеновская компьютерная и магнитно-резонансная томография недостаточно эффективные методы диагностики заболевания. Таким образом, традиционная рентгенография скелета является на сегодняшний момент доступным, экономичным методом выявления признаков остеопороза, другими словами, методом, который позволяет заподозрить остеопороз. В дальнейшем пациента необходимо направлять на специальный высокоэффективный метод диагностики остеопороза – рентгеновскую денситометрию.

Э. В. Руденко:

Обосновано ли применение рентгеновской морфометрии в случаях запущенного остеопороза, при компрессионных переломах позвонков?

А. И. Алешкевич:

Рентгеновская морфометрия – это измерение степени истончения кортикального слоя трубчатых костей (периферический индекс) и определение степени деформации тел позвонков (центральный индекс) на обычных рентгенограммах. Но, опять же, рентгеновская морфометрия эффективна при значительной потере костной массы, поэтому может применяться для диагностики только выраженного остеопороза, а не начального. Преимуществом метода является то, что он дает представление о патологическом процессе в различных отделах скелета и, что особенно важно, позволяет визуализировать деформацию тел позвонков и ее степень (при компрессионных переломах тел позвонков). Поэтому в таких случаях применение рентгеновской морфометрии обосновано.

Рентгеновская компьютерная томография позволяет также диагностировать патологические изменения со стороны позвоночника, определять костную плотность различных отделов скелета в специальных единицах. Однако метод обладает относительно высокой лучевой нагрузкой и не имеет той диагностической эффективности, как рентгеновская денситометрия.

Н. А. Васильева, зав. отделением денситометрии Республиканского центра медицинской реабилитации и бальнеолечения:

По внешнему виду пациента невозможно определить, есть ли у него остеопороз. Рентгеновская остеоденситометрия становится исследованием, широко используемым в клинической практике. Это быстро и недорого. Кому в первую очередь необходимо определение минеральной плотности кости? В США выделяют пять групп пациентов, которым страховая медицина оплачивает затраты на проведение денситометрии: женщины с эстрогеновой недостаточностью (гипогонадизм); пациенты обоих полов, длительно получающие глюкокортикостероиды; лица с первичным гиперпаратиреозом; пациенты, у которых заподозрен остеопоротический перелом позвоночника и которым проводится мониторинг терапии остеопороза для оценки эффективности. К наиболее значимым факторам риска развития остеопороза я добавила бы низкий индекс массы тела и генетический анамнез.

Нужно сказать, что половина пациентов с остеопоротическими переломами даже не догадываются об их существовании, поэтому зачастую с результатами проведенной денситометрии мы направляем их на консультацию к эндокринологам, травматологам, ревматологам для выяснения причин и лечения основного заболевания.

К слову о страхах пациентов, что остеопороз неизлечим. В своей практике я вижу, что люди, добросовестно выполняющие рекомендации лечащего врача, имеют прекрасные результаты. Показателен пример излечения 36-летней пациентки с целиакией, у которой случился перелом шейки бедра, вызванный тяжелым остеопорозом. После проведения денситометрии, назначения безглютеновой диеты и адекватной терапии показатели костной плотности стремительно возрастали: спустя полгода отмечался прирост костной массы с оценкой по Z-критерию с -6,2 до -2,7. Через 3 года от признаков остеопороза не осталось и следа, к тому же женщина успешно набрала вес (с 36 до 66 кг). В случае успеха мы всегда радуемся вместе с нашими пациентами.

Э. В. Руденко:

Денситометрия – хороший и нужный метод, хотелось бы увеличить его доступность. Сегодня в республике функционируют 9 денситометров, но этого мало. По критериям ВОЗ, на 1 млн жителей должно приходиться 10 денситометров. К счастью, шаг за шагом мы выходим на новые рубежи.

Метаболизм костной ткани – сложный процесс, с помощью денситометрии мы можем наблюдать динамику состояния. Существуют также маркеры метаболизма костной ткани... В каких случаях врачу следует ориентироваться на них?

Л. И. Алехнович, доцент кафедры клинической лабораторной диагностики БелМАПО, кандидат медицинских наук:

К биохимическим маркерам метаболизма костной ткани относятся субстанции, образующиеся в результате деятельности клеток костной ткани – остеобластов и остеокластов – во время процесса костного ремоделирования.

Исследование современных биохимических маркеров резорбции и формирования в крови и в моче позволяет оценить состояние и скорость обменных процессов в костной ткани, проводить мониторинг лечения остеопороза антирезорбтивными препаратами, прогнозировать риск возможных переломов. Маркеры метаболизма костной ткани применяются для наблюдения за динамикой костного метаболизма при длительном лечении остеопороза и позволяют значительно раньше определить эффективность лечения конкретным препаратом. Для современных биохимических маркеров нормальными являются референтные значения, характерные для здоровых женщин старше 30–45 лет в пременопаузальный период. Высокие уровни маркеров резорбции костной ткани (превышение пременопаузального уровня на 2 стандартных отклонения) связывают с двукратным увеличением риска возникновения переломов. Если же на фоне повышенной резорбции отмечается снижение минеральной плотности ткани, то риск развития перелома увеличивается до 5 раз.

Э. В. Руденко:

Есть понятие адинамичной костной болезни, когда маркеры помогают выявить низкий метаболизм, определить тактику лечения.

Л. И. Алехнович:

Маркеры костного метаболизма отражают усредненную скорость ремоделирования всего скелета, поэтому их используют для оценки скорости обменных процессов в кости и сопряженности процессов костной резорбции и формирования. Высокие уровни маркеров резорбции свидетельствуют о том, что обменные процессы в кости происходят с высокой скоростью. Терапия таких заболеваний костной ткани в первую очередь основывается на назначении антирезорбтивных препаратов. Адинамичная костная болезнь характерна для лиц с почечной остеодистрофией со сниженной скоростью процессов костного ремоделирования. Терапия бисфосфонатами в этом случае нежелательна и противопоказана. Наиболее точным методом диагностики данного состояния является биопсия костной ткани из крыла подвздошной кости – инвазивный и довольно травматичный метод. Снижение уровней биохимических маркеров метаболизма костной ткани, в первую очередь маркеров формирования, в сочетании со снижением концентрации паратиреоидного гормона может помочь в диагностике такой патологии и выбрать правильную тактику терапии.

Э. В. Руденко:

Когда мы говорим об остеопорозе, переломах и эндопротезировании, мы часто оговариваемся, что имеем дело с пожилыми людьми, которые имеют сопутствующие заболевания, в том числе и ревматологические. Какие существуют особенности ведения таких пациентов?

Н. А. Мартусевич, главный внештатный ревматолог Минздрава Республики Беларусь, доцент 3-й кафедры внутренних болезней БГМУ, кандидат медицинских наук:

Впервые проблема остеоартроза и остеопороза активно поднималась и дискутировалась в 60-е годы прошлого века, когда стали отмечать, что у пациентов при протезировании тазобедренных суставов по поводу перелома шейки бедра на фоне остеопороза встречается и остеоартроз. Были проведены научные исследования. Выяснили, что остеопороз чаще наблюдается у людей с низким индексом массы тела,

остеоартроз характерен для лиц с избыточной массой тела. Казалось бы, заболевания должны исключать друг друга, но в клинической практике мы достаточно часто видим их сочетание.

Что объединяет эти два заболевания? Во-первых, эти болезни характерны для пожилых людей, в ряде случаев они наблюдались у лиц старше 50 лет. Во-вторых, высокая распространенность в популяции: по данным официальной статистики, в республике зарегистрировано порядка 250 000 человек, но чтобы узнать реальные цифры, полученный результат можно смело умножить на 3. В-третьих, дефицит витамина D – универсальный маркер патогенетических механизмов. Взять, к примеру, остеоартроз. Это заболевание всего сустава, важную роль в процессах развития и прогрессирования которого играет субхондральное ремоделирование, изменение обменных процессов в субхондральной кости. Влияние витамина D на процессы ремоделирования и прогрессирования остеоартроза и остеопороза может заключаться в следующем: на фоне низкого уровня витамина D снижается мышечная сила, нарушаются обменные процессы в хрящевой ткани, пациент меньше двигается, реже бывает на свежем воздухе, уменьшается уровень инсоляции, что минимизирует поступление витамина D, а это в свою очередь усугубляет процессы остеопороза. С другой стороны, наличие остеопороза и низкого уровня витамина D может негативно сказываться на процессах обмена в хрящевой ткани. Наличие тяжелого остеопороза с компрессионными переломами позвонков, изменение осанки, увеличение нагрузки на определенные зоны сустава запускают остеоартроз.

Как лечить пациентов, имеющих остеоартроз и остеопороз? Несомненно, терапия и выбор лекарственных средств должны осуществляться с учетом стадии остеоартроза, тяжести выявленного остеопороза и имеющихся сопутствующих коморбидных заболеваний и состояний. Среди общих моментов в ведении данной категории пациентов следует отметить важность ортопедической коррекции имеющихся нарушений (поперечное плоскостопие, изменения осанки и т. д.), а также разумный подбор анальгетиков, либо основных базисных лекарственных препаратов, обладающих противовоспалительным (анальгетическим) эффектом, которые будут способствовать уменьшению болевого синдрома. Это позволит человеку активно двигаться (движение играет значимую роль в профилактике остеопороза).

Препараты кальция и витамина D являются базисом терапии остеопороза, но не менее важны и для профилактики остеоартроза, особенно при сочетании двух заболеваний: они не только оказывают влияние на обменные процессы в хрящевой ткани, но и способствуют замедлению прогрессирования остеоартроза в других суставах, оказывают влияние на состояние мышечной ткани. В настоящее время обсуждается вопрос применения бисфосфонатов – важнейших препаратов в лечении остеопороза. Поскольку процессы костного ремоделирования играют важную роль в механизмах прогрессирования и, возможно, развития остеоартроза, то бисфосфонаты рассматриваются, как одна из потенциально возможных групп препаратов в лечении данного заболевания.

На поздних стадиях остеоартроза, а также в случае развития осложнений остеопороза применяют хирургические методы коррекции – эндопротезирование суставов.

Таким образом, в основе лечения сочетанной патологии (остеопороза и остеоартроза) лежат адекватная терапия данных заболеваний, коррекция ортопедических нарушений, в далеко зашедших случаях – эндоротезирование суставов.

Э. В. Руденко:

Выделяют также эндокринные остеопатии... Почему у пациентов с эндокринной патологией чаще случаются переломы? Какие действия следует предпринимать?

А. П. Шепелькевич, главный внештатный эндокринолог Минздрава Республики Беларусь, доцент кафедры эндокринологии БГМУ, кандидат медицинских наук:

Еще 10-15 лет назад мы могли только мечтать о том, что в распоряжении эндокринологов будут рентгеновские денситометры, методы лабораторной диагностики. Сегодня современные методы исследования внедрены в клиническую практику, определение различных нарушений фосфорно-кальциевого обмена и костного метаболизма проводится рутинно в практике врача-эндокринолога.

В Беларуси насчитывается более 500 тыс. пациентов с эндокринными заболеваниями. В мире существует много классификаций эндокринных причин развития остеопороза и остеопатий в целом. Следует сказать, что с учетом увеличения продолжительности жизни пациентов с хроническими заболеваниями эндокринной системы практически при любом из них отмечаются те или иные нарушения количественных и качественных параметров костной прочности, фосфорно-кальциевого обмена и костного метаболизма. Результаты клинических исследований свидетельствуют о том, что у пациентов с сахарным диабетом 1-го типа риск возникновения перелома шейки бедра возрастает в 6-12 раз, при диабете 2-го типа – риск развития остеопоротических переломов в 2 раза выше, чем в общей популяции. Исходя из этого, целесообразной является разработка комплексной программы ранней диагностики и профилактики остеопороза у данной категории лиц. В последнее время ведущие специалисты в области эндокринологии предлагают рассматривать сахарный диабет наравне с ревматоидным артритом, который принят как самостоятельный фактор риска остеопороза и ассоциированных с ним переломов.

В Беларуси мы также изучали вопрос развития остеопатий при сахарном диабете, заболеваниях щитовидной железы, редкой эндокринной патологии. Предложенные научные инновации внедрены в клиническую практику в рамках клинических протоколов и инструкций по применению, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Беларусь, в которых детализированы показания для проведения денситометрии при эндокринопатиях, обосновано применение новых методов диагностики, профилактики и лечения. Результаты зарубежных и отечественных научных исследований подтверждают важность компенсации основного заболевания в качестве основополагающего принципа профилактики развития и прогрессирования вторичного остеопороза, поскольку именно вторичные формы остеопороза занимают лидирующее место среди заболеваний лиц трудоспособного возраста, а также утяжеляют проявления постменопаузального и сенильного остеопороза у пациентов пожилого возраста.

В разработанной белорусскими специалистами комплексной программе профилактики и ранней диагностики остеопатий при сахарном диабете предусмотрено обучение пациентов в «Школе диабета» по разделу костной патологии, где изучают

факторы риска, механизмы развития остеопатий и профилактические мероприятия, которые позволят избежать развития или замедлить прогрессирование указанных осложнений. В процессе обучения и по мере осознания причин развития осложнений со стороны костно-мышечной ткани при диабете у пациента формируется дополнительная мотивация по достижению стойкой компенсации заболевания, которая является наиболее доказанным методом первичной профилактики развития остеопоротических переломов при сахарном диабете. Кроме того, в указанной программе, адресованной практическим врачам, представлены простые алгоритмы раннего выявления групп риска по развитию костной патологии на основании доступных клинических данных.

Э. В. Руденко:

Нельзя не оставить без внимания проблему детского остеопороза, особенности нарушения метаболизма костной ткани у детей.

А. С. Почкайло, руководитель Республиканского центра детского остеопороза, доцент кафедры поликлинической педиатрии БелМАПО, кандидат медицинских наук:

В современной педиатрии проблему остеопороза рассматривают с двух сторон. Во-первых, доказано, что истоки развития остеопороза и других проблем, о которых сегодня за круглым столом говорили коллеги, работающие со взрослыми пациентами, лежат в детском возрасте. Обеспечив ребенку накопление оптимального уровня пиковой костной массы в скелете, мы способны минимизировать риск развития остеопороза и ассоциированных с ним переломов в будущем, в его взрослой жизни. Во-вторых, сегодня педиатрам приходится верифицировать и лечить нарушения костной минерализации (вплоть до развития остеопороза) уже в детском возрасте.

Согласно современным представлениям, в педиатрической практике выделяют первичный (при ряде генетически обусловленных заболеваний) и вторичный остеопороз. У детей преобладают вторичные формы, осложняющие широкий спектр ревматических, эндокринных, онкологических и других хронических заболеваний, а также возникающие на фоне лечения стероидными, цитостатическими, противосудорожными лекарственными средствами. Если говорить об эпидемиологии, то известно, что около 10% пациентов могут страдать тяжелыми нарушениями костной минерализации; распространенность первичных форм детерминирована частотой и тяжестью течения соответствующей генетической патологии. Переломы костей, о которых идет речь в рамках заседания круглого стола, являются обязательным критерием диагностики остеопороза у детей, осложняют течение этого коварного заболевания, служат причиной резкого снижения качества жизни маленьких пациентов.

В лечении остеопороза у детей акцент смещен в пользу немедикаментозных мероприятий – коррекция образа жизни (питание, физическая активность, вредные привычки), обеспечение кальцием и витамином D (включая дотацию витаминно-минеральными комплексами по показаниям), контроль или излечение исходного заболевания. К сожалению, при тяжелом течении остеопороза (особенно при первичной его форме) эффект от этих базовых мер недостаточен, воздержание от специализированного лечения чревато прогрессирующим ухудшением состояния ребенка. Опираясь на положительный мировой опыт, отечественные специалисты подняли вопрос о возможности назначения в таких случаях бисфосфонатов, давно и успешно

применяемых в лечении остеопороза у взрослых. Контролируемое их использование при тяжелом течении остеопороза у детей, как это широко практикуется в мире, является сегодня доступным и безальтернативным методом лечения таких пациентов.

В настоящее время в мире и нашей стране проблеме остеопороза у детей уделяется большое внимание. Ярким примером являются пациенты с несовершенным остеогенезом, тяжесть состояния которых, наличие многочисленных переломов и деформаций, болевого синдрома, снижение качества жизни требуют организации соответствующей медицинской помощи. Этой проблемой призван заниматься Республиканский центр детского остеопороза, созданный по инициативе и при поддержке Министерства здравоохранения Республики Беларусь в конце прошлого года. Специалисты центра прилагают все усилия к решению и других профильных задач, включая анализ эпидемиологических данных, разработку современных научно обоснованных отечественных рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике нарушений костной минерализации у детей. Основными целями нашей работы являются профилактика развития остеопороза в детском возрасте и отдаленной перспективе, ранняя диагностика и излечение этого коварного заболевания, предупреждение осложняющих его переломов и костных деформаций, в тяжелых случаях – стабилизация процесса с целью последующей передачи пациента во взрослую службу в компенсированном состоянии.

Э. В. Руденко:

Позволю себе небольшой комментарий: сегодня в мире заговорили о гипердиагностике остеопороза. Чтобы нивелировать возможные случаи, когда родители чересчур «увлечены» состоянием детей, в заключении денситометрического обследования принято писать, что выявлен дефицит костной массы согласно хронологическому возрасту пациента (бывает, в 12-13 лет состояние нормализуется). Необходимо делать акцент на том, что главным критерием диагностики остеопороза были и остаются переломы.

Сергей Валерьевич наблюдает детей, которые находятся на диализе и после трансплантации почки. Чем грозят нарушения метаболизма костной ткани в детском возрасте?

С. В. Байко, ассистент 1-й кафедры детских болезней БГМУ, кандидат медицинских наук:

Мы также исследовали распространенность гиповитаминоза D. Согласно результатам обследования 140 здоровых детей одной из поликлиник Минска, 7% имеют дефицит витамина D, 30% – его недостаточность. При гиповитаминозе D кальций уходит из кости, а не накапливается в ней, как должно быть в детском возрасте. Здоровый ребенок достигает максимального пика костной массы к 18-20 годам, с последующим его уменьшением во взрослой жизни.

По долгу службы мне приходится иметь дело с детьми с тяжелой нефрологической патологией. Хорошо известно, что почки играют одну из ключевых ролей в метаболизме витамина D и обмене кальция и фосфора. Если по мере прогрессирования хронической почечной недостаточности ребенка не лечить, то наше бездействие неминуемо приведет к тяжелой инвалидизации пациента (полное обездвиживание, тяжелые деформации костей конечностей и позвоночника). Поэтому с момента назначения глюкокортикостероидов (ребенок с тяжелым гломерулонефритом получает большие дозы глюкокортикостероидов)

мы проводим профилактику развития остеопороза. Существуют активные формы витамина D, прием которых позволяет предотвратить вымывание кальция из костной ткани, что является профилактикой остеопороза и особенно актуально для детей, находящихся на гемодиализе перитонеальном диализе, после операции по пересадке почки. Профилактика остеопороза на начальных этапах почечного заболевания или его терапии позволяет избежать развития остеопороза и его тяжелых осложнений.

Согласно международным рекомендациям KDIGO 2005 г., мы назначаем ежедневные дозы витамина D₂ или D₃ – от 2000 до 8000 МЕ витамина D 1 раз в неделю (можно использовать дозировку 50 000, однако такая форма распространена только в США и Евросоюзе). Используя эти схемы лечения, мы решаем проблему с гиповитаминозом D у детей с тяжелой нефрологической патологией. Но следует подчеркнуть, что назначать витамин D необходимо только комплаентным пациентам (тем, кто будет использовать данные препараты под строгим контролем лечащего врача), для недопущения развития гипервитаминоза D.

Подготовила Татьяна Ясевич

ОСТЕОПОРОЗ

1. Романов Г. Н. Современные проблемы возрастассоциированных заболеваний: остеоартроз и остеопороз / Г. Н. Романов, Э. В. Руденко // Мед. новости.– 2012.– № 8.– С. 26–29.– Библиогр.: 20 назв.

2. Рубин М. П. Диагностика, профилактика и лечение остеопороза в поликлинических условиях / М. П. Рубин, Р. Е. Чечурин // Терапевт. арх.– 2011.– Т. 83, № 1.– С. 32–38.– Библиогр.: 21 назв.

3. Скрипникова И. А. Первичный остеопороз: клиническая значимость, социально-экономические аспекты / И. А. Скрипникова // Мед.-соц. экспертиза и реабилитация.– 2011.– № 3.– С. 52–54.– Библиогр.: 30 назв.

4. Сметник В. П. Постменопаузальный остеопороз: патофизиология, диагностика, приверженность лекарственной терапии – оригинальные препараты или дженерики / В. П. Сметник // Мед. совет.– 2013.– № 8, ч. 1.– С. 88–92.– Библиогр.: 10 назв.

5. Современный взгляд на риски остеопороза и возможности его профилактики и лечения у женщин в постменопаузе / В. А. Новикова [и др.] // Акушерство и гинекология.– 2013.– № 1.– С. 27–32.– Библиогр.: 40 назв.

6. Сукало А. В. Остеопения и остеопороз в детском возрасте (причины, диагностика, принципы лечения и профилактики): обзор литературы / А. В. Сукало, А. В. Солнцева, А. Г. Михно // Репродуктивное здоровье в Беларуси.– 2011.– № 1.– С. 60–70.

7. Улащик В. С. Остеопороз и физические методы лечения / В. С. Улащик, Н. Ф. Сорока // Здравоохранение.– 2011.– № 3.– С. 29–37.– Библиогр.: 70 назв.

8. Ших Е. В. Клинико-фармакологические аспекты применения витаминно-минерального комплекса «Остеокеа» с целью профилактики нарушений ремоделирования костной ткани / Е. В. Ших // Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология.– 2013.– № 2.– С. 68–72.– Библиогр.: 17 назв.