

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЛЮКОСТ: ПРОЦЕНТ БОЛЬНЫХ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ЛЕЧЕНИИ ПО КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ 2009 И 2013 ГОДОВ

БАРАНОВА И.А.¹, ЛЕСНЯК О.М.²,

группа исследователей ГЛЮКОСТ

¹ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, г. Москва

²ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург

В 2013 были опубликованы новые рекомендации РАОП, Российского респираторного общества, Ассоциации ревматологов России по диагностике, профилактике и лечению глюкокортикоидного остеопороза у мужчин и женщин 18 лет и старше. По сравнению с рекомендациями РАОП 2009 несколько изменились клинические критерии для назначения лечения антиостеопоротическими препаратами.

Цель: по данным исследования ГЛЮКОСТ определить процент лиц, нуждающихся в лечении в соответствии с клиническими критериями рекомендаций по глюкокортикоидному остеопорозу 2009 и 2013 годов.

Материал и методы. Исследование ГЛЮКОСТ было проведено в 34 центрах России у больных 18 лет и старше с хроническими воспалительными заболеваниями. Анализированы данные вопросника, который пациент заполнял самостоятельно на приеме врача ревматолога, пульмонолога, гастроэнтеролога, нефролога. Основные пункты вопросника включали социально-демографические данные, факторы риска в прогностической модели FRAX®, нозологические характеристики, параметры глюкокортикостероидной терапии (способ применения, суточная доза, длительность приема). В опросник не были включены результаты остеоденситометрии. По рекомендациям 2009г. пациентам в возрасте ≥ 65 лет, принимающим пероральные глюкокортикоиды (ОГК), а также пациентам, имеющим низкоэнергетические переломы в анамнезе, лечение остеопороза должно быть назначено одновременно с назначением ОГК на длительный срок. В соответствии с рекомендациями 2013 г. лечение антиостеопоротическими препаратами следует назначить мужчинам 50 лет и старше и женщинам в постменопаузе, которым планируется или проводится дли-

тельное (3 мес и более) лечение ОГК, при наличии хотя бы одного из следующих критериев: возраст ≥ 70 лет, низкоэнергетический перелом в анамнезе, суточная доза ОГК $\geq 7,5$ мг в преднизолоновом эквиваленте, 10-летний риск основных остеопоротических переломов превышает порог вмешательства. При расчете 10-летнего риска основных остеопоротических переломов рекомендуется сделать поправку на суточную дозу ОГК. Более молодым пациентам лечение следует назначить при наличии низкоэнергетического перелома в анамнезе.

Результаты. В исследование были включены 1129 больных (средний возраст $53,3 \pm 13,9$, 235 мужчин и 894 женщин), которые на момент проведения исследования принимали ОГК в течение 3 мес и более. Медиана длительности терапии ОГК составила 5 лет, медиана суточной дозы в преднизолоновом эквиваленте – 10 мг. В соответствии с критериями клинических рекомендаций терапию противоостеопоротическими препаратами следовало назначить без проведения остеоденситометрии 37,4% больным по рекомендациям 2009 г., но 62,4% – по рекомендациям 2013 г. Данные были анализированы в различных возрастных и половых группах: лечение нужно было проводить 52,2% vs 86,8% женщинам в постменопаузе; 38,2% vs 75,4% мужчинам в возрасте 50 лет и старше по рекомендациям 2009 vs 2013, соответственно. Процент лиц более молодого возраста, нуждающихся в лечении не изменился: 9,7% женщин детородного возраста и 8,2% мужчин младше 50 лет.

Выводы. Действующие рекомендации 2013 года по ГК-ОП значительно увеличивают долю лиц, которым должна быть назначена терапия противоостеопоротическими препаратами.

АДИПОКИНОВАЯ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСРЕГУЛЯЦИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ОСТЕОПОРОЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

КОЧЕТКОВА Е.А., МАЙСТРОВСКАЯ Ю.В., УГАЙ Л.Г., НЕВЗОРОВА В.А.

ГБОУ ВПО Тихоокеанский Государственный медицинский университет, г.Владивосток

Цель: изучить содержание лептина, адипонектина и эндотелина-1 в сыворотке крови и определить их роль в формировании остеопороза при ХОБЛ.

Материал и методы: легочную функцию, индекс массы тела (ИМТ), минеральную плотность костной ткани (МПКТ) в поясничном отделе позвоночника и шейке бедра, уровни лептина, адипонектина и эндотелина-1 определяли у 126 пациентов с ХОБЛ в зависимости от стадии GOLD и 86 здоровых.

Результаты: при ХОБЛ остеопороз установлен у 43% исследуемых, остеопения у 34%, у 23% больных показатели были в норме. В контроле остеопенический синдром выявлен у 35% лиц. Средние значения МПКТ в позвоночнике и шейке бедра в общей группе ХОБЛ, при GOLD II соответствовали остеопении, при GOLD III и IV остеопо-

розу. Обнаружена зависимость между МПКТ и ОФВ1 (позвоночник: $r=0,38$, $p<0,05$; шейка бедра: $r=0,43$, $p<0,05$) и рСО₂ (позвоночник: $r=-0,46$, $p<0,05$; шейка бедра: $r=-0,39$, $p<0,05$) в общей группе ХОБЛ. Содержание лептина и адипонектина при GOLD I и II не отличалось от контроля. При GOLD III и IV уровень лептина снижался, а адипонектин повышался по отношению к контролю ($p<0,05$). Выявлены прямая связь между ИМТ и уровнем лептина ($r=0,64$, $p<0,001$), и отрицательная корреляция с адипонектином ($r=-0,51$, $p<0,01$). Связь между показателями ОФВ1 и DLCO определены только с лептином ($p<0,001$). Лептин прямо коррелирует с МПКТ в шейке бедра и позвоночнике (соответственно, $r=0,66$, $p<0,001$; $r=0,49$, $p<0,05$), тогда как адипонектин имеет негативную связь (шейка бедра: $r=-0,43$, $p<0,05$; позвоночник: $r=-0,49$, $p<0,001$). Установ-