



Ж.Е. БЕЛАЯ: «Профилактика остеопороза должна начинаться в период набора пика костной массы, то есть в детском и подростковом возрасте»

В настоящее время остеопороз признан эпидемией XXI в., что обусловлено старением населения и не только... Какова ситуация в России, кто находится в группе риска, какие меры необходимо принимать для профилактики остеопоротических переломов, какой станет терапия остеопороза в будущем? На эти и другие вопросы отвечает заведующая отделением нейроэндокринологии и остеопатий, главный научный сотрудник Эндокринологического научного центра, д.м.н. Жанна Евгеньевна БЕЛАЯ.



– Жанна Евгеньевна, каковы современные данные о заболеваемости остеопорозом в России и как они коррелируют с общемировыми?

– К сожалению, у нас нет точных данных по заболеваемости остеопорозом в РФ. Согласно последнему аудиту Международного фонда остеопороза (International Osteoporosis Foundation – IOF), в России около 14 млн человек страдают данным заболеванием и еще 20 млн имеют остеопению. Таким образом, в зоне риска низкотравматичных переломов находится около 34 млн человек. Если сравнивать российские показатели с мировыми, нужно отметить, что наша страна относится к странам со средним риском развития низкотравматичных переломов, то есть не сильно отличается от стран Европы.

– Кто находится в группе риска?

– К группе риска остеопоротических переломов прежде всего необходимо отнести женщин в постменопаузе, а также мужчин старше 50 лет. О потенциальной возможности развития таких переломов в течение десяти лет все желающие могут узнать благодаря калькулятору FRAX, размещенному в Интернете (www.shef.ac.uk/FRAX/). Параметры, внесенные в этот инструмент, одобрены Всемирной организацией здравооо-

рания. Это наиболее значимые факторы риска низкотравматичных переломов как основного клинического осложнения остеопороза.

– Существует ли клиническая взаимосвязь остеопороза и эндокринных патологий?

– Несомненно. Есть заболевания, приводящие к вторичному остеопорозу. Таковыми считаются гиперкортицизм и сахарный диабет наряду с тиреотоксикозом, серьезной патологией печени, ревматоидным артритом и т.д. Отличительной особенностью и гиперкортицизма, и сахарного диабета является высокий риск развития переломов при небольшом снижении минеральной плотности кости. У этих пациентов низкотравматичные переломы тел позвонков наблюдаются даже при нормальных значениях указанного показателя.

– С помощью каких современных диагностических методов можно установить наличие заболевания?

– В некоторых случаях я бы начала с боковой рентгенографии позвоночника в грудном и поясничном отделах с целью выявления низкотравматичных переломов тел позвонков – классических клиновидных деформаций. Это исследование актуально у пациен-



Актуальное интервью

тов с болевым синдромом в спине, снижением роста на 2 см за год или 3 см за жизнь, а также у пациентов, получающих глюкокортикостероиды, больных сахарным диабетом, которые не очень хорошо помнят динамику роста.

Наличие низкотравматического перелома тела позвонка позволяет установить диагноз «остеопороз» вне зависимости от степени снижения минеральной плотности кости.

Важной составляющей диагностики заболевания является выяснение анамнеза относительно низкотравматических переломов.

Кроме того, оценка индивидуальной десятилетней вероятности переломов – FRAX позволяет быстро выделить группы риска.

И конечно, рентгеновская денситометрия. Снижение минеральной плотности кости до -2,5 стандартного отклонения и более (поясничные позвонки, шейка бедра и общий показатель бедра) позволяет диагностировать остеопороз.

Вместе с тем следует помнить, что есть и другие заболевания, которые сопровождаются повышенной хрупкостью костной ткани, однако имеют другую первопричину (например, миеломная болезнь, метастатическое поражение скелета, гиперпаратиреоз, остеомалация, болезнь Педжета и т.д.). Именно поэтому необходимо проводить дифференциальную диагностику, как правило лабораторными методами.

– Каковы основные формы остеопороза? Есть ли различия в подходе к их терапии?

– Классически выделяют первичный остеопороз, который является самостоятельным заболеванием, и вторичный остеопороз, который развивается вследствие других заболеваний. К первичному остеопорозу относят постменопаузальный остеопороз, сенильный остеопороз у мужчин, ювенильный (у детей) и идиопатический (у взрослых – до менопаузы или моложе 50 лет). При первичном остеопорозе сразу можно начинать лечение. При вторичном в первую очередь необходимо

лечение основного заболевания, а далее решается вопрос о дополнительной терапии развившегося остеопороза.

– Какие подходы к лечению остеопатии и остеопороза считаются наиболее эффективными? Какие из них применяются в вашем отделении?

– Меня часто спрашивают о значении слова «остеопатии» в названии нашего отделения. В Международной классификации болезней десятого пересмотра есть подраздел M80-M94 «Остеопатии и хондропатии». Данный подраздел включает в себя «Нарушение плотности и структуры кости» M80-M85. Это как раз остеопороз и остеомалация. Кроме того, «Другие остеопатии» (подраздел M86-M90) включает в себя болезнь Педжета и ряд других метаболических заболеваний скелета, с которыми мы в большей степени проводим дифференциальную диагностику. Естественно, выбор лечения в каждом случае индивидуален – обязательной схемы терапии для всех пациентов не существует. При этом учитываются выраженность заболевания, особенности его течения, а также, в ряде случаев, возможность и желание пациента.

– По вашему мнению, какие инновационные методы лечения на сегодняшний день являются наиболее перспективными?

– Инновационные методы лечения предполагают что-то новое и высокотехнологичное. В этом смысле мне, конечно, импонирует таргетная терапия остеопороза, когда препарат разрабатывается на основании данных о тонких механизмах регуляции костного обмена. Сейчас почти все новые препараты создаются по этому принципу. Особенно перспективным представляется развитие анаболической терапии.

– Какие профилактические меры помогут предупредить развитие заболевания и, как следствие, снизить риск переломов?

– Профилактика остеопороза должна начинаться в период набора пика костной массы, то есть в детском и подростковом возрасте. Важно употреблять достаточное количество кальция, белка, обеспечивать оптимальное содержание витамина D, умеренные физические нагрузки, например танцы, подвижные игры. Этим рекомендациям следует придерживаться в течение всей жизни, важно также избегать вредных привычек. Особенно негативно на костную ткань влияет курение. Не так давно я прочитала интересные исследования с участием детей подросткового возраста. Доказано, что увеличение потребления кальция в период набора пика костной массы с 600–800 до 1000–1200 мг в сутки позволяет набрать на 5–10% больше костной массы, что в будущем (когда потери костной ткани составят порядка 20%) позволит на 50% сократить вероятность перелома. Или, например, ежедневная физическая активность подростков в течение 40 минут позволяет мальчикам набирать на 12%, а девочкам на 7% больше пика костной массы по сравнению с теми, чья физическая активность снижена. Может быть, не стоит переносить эти данные буквально, все-таки исследования не очень большие, однако рациональное зерно в этих рекомендациях есть.

– Каковы последние тенденции в лечении остеопороза?

– На мировых конгрессах сейчас активно говорят о «терапии будущего». Новые анаболические препараты позволят вмешиваться в метаболизм костной ткани на уровне мезенхимальной стволовой клетки, усиливая образование остеобластов – клеток, синтезирующих костный матрикс. Это, конечно, большой прорыв в терапии остеопороза и, возможно, начало успеха в регенеративной медицине. Кроме того, новые антирезорбтивные препараты становятся более таргетными и, кажется, реализуют идею преимущественного подавления костного разрушения с минимальными эффектами на костеобразование. ☼

Эндокринология