

Ирина ФИЛИППОВА, «Ремедиум»

«Мягкий камень»

ДЛЯ КРЕПКИХ КОСТЕЙ

Остеопороз — заболевание скелета, характеризующееся уменьшением массы костной ткани и ухудшением ее качества, приводящее к хрупкости кости и повышению риска переломов. Остеопороз является чрезвычайно распространенным заболеванием, особенно среди женщин, вступивших в период постменопаузы. Основной целью лечения остеопороза является профилактика переломов. Для ее достижения предложен ряд средств с доказанной эффективностью.

По эпидемиологической, научной, профилактической и клинической значимости ВОЗ ставит сегодня остеопороз (ОП) на четвертое место после инфекционной, сердечно-сосудистой, опухолевой и эндокринной (сахарный диабет) патологии [1].

По данным исследований, только клинически манифестированным ОП страдает не менее 10 млн американцев, 80% из них — женщины [2]. Росстат зафиксировал следующие статистические показатели: на 1 января 2013 г. диагноз «остеопороз» установлен у 14 млн человек, т. е. у каждого десятого жителя страны [11]. При этом специалисты считают, что статистика предоставляет неверные цифры, поскольку заболевание отличается малосимптомным течением, диагностируется поздно и, соответственно, не учитывается. Так, аудит состояния проблемы ОП, проведенный в 2010 г. в 21 стране Восточной Европы и Центральной Азии, включая РФ, показал, что 34 млн россиян (24% населения) входят в группу потенциального риска остеопоротических переломов: 14 млн уже болеют ОП, еще 20 млн имеют остеопению. На фоне ОП происходит 3,8 млн случаев переломов позвонков в год; каждую минуту случается 7 переломов позвонков, каждые 5 мин — перелом шейки бедра. Ожидается, что к 2030 г. в РФ количество переломов шейки бедра увеличится на 23% и достигнет 144 тыс. случаев в год. При этом летальность после этого перелома в некоторых российских городах достигает 45–52% в течение первого года. Среди выживших больных 33% остаются прикованными к постели, 42% ограниченно активны и только 15% пациентов выходят из дома. Лишь 9% лиц возвращаются к тому уровню активности, кото-

рый предшествовал перелому [3]. В настоящее время ОП является одной из главных причин инвалидности, снижения качества жизни и преждевременной смерти пожилых людей.

Наиболее распространен постменопаузальный остеопороз (ПМО).

Терапия ОП весьма длительна и трудна в связи с поздней диагностикой. Поскольку на ранней стадии потери костной массы рентгенография является малоинформативным методом исследования, т. к. рентгенологические признаки ОП выявляются лишь тогда, когда около 30% костной массы уже потеря-

но, и в России ощущается нехватка достаточного количества остеоденситометров, важнейшее значение приобретает пристальное внимание к возможным факторам риска. При осмотре должны настораживать низкий вес пациента, снижение роста в пожилом возрасте, появление кифоза позвоночника. Общепринятым постулатом является рекомендация назначения профилактического лечения женщинам в постменопаузе, имеющим два и более факторов риска ОП. Таким образом, анализ факторов риска является первоначальным звеном в диагностике ОП. Профилактике ОП придется в настоящее время особое значение. Согласно официальному заключению Европейского общества по остеопорозу (EFFO) [4], она должна быть основным приоритетом в развитии здравоохранения и обучении специалистов. ВОЗ видит

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА

НЕМОДИФИЦИРУЕМЫМИ (НЕУПРАВЛЯЕМЫМИ) НАЗЫВАЮТ ФАКТОРЫ, КОТОРЫЕ НЕВОЗМОЖНО ИЗМЕНИТЬ:

♦ возраст старше 65 лет; ♦ женский пол; ♦ постменопауза; ♦ перелом в анамнезе. Перенесенный женщиной в постменопаузе перелом, случившийся при незначительной травме, означает, что у нее высок риск повторных переломов; ♦ переломы при низком уровне травмы у близких родственников (отец, мать, сестры) в возрасте старше 50 лет; ♦ ранняя (в т. ч. хирургическая) менопауза до 45 лет; ♦ прием глюкокортикоидов более 3 мес.; ♦ длительная иммобилизация (более 2 мес.).

МОДИФИЦИРУЕМЫМИ (УПРАВЛЯЕМЫМИ) СЧИТАЮТ ФАКТОРЫ, КОТОРЫЕ ПОДДАЮТСЯ КОРРЕКЦИИ:

♦ курение; ♦ чрезмерное употребление алкоголя; ♦ дефицит кальция; ♦ дефицит витамина D — существенный фактор риска ОП. Витамин D необходим, чтобы обеспечить всасывание кальция в кишечнике и обменные процессы в костной ткани; ♦ низкая физическая активность; ♦ низкая масса тела. Низким считают индекс массы тела $< 20 \text{ кг/м}^2$, а низкой массой тела — 57 кг и менее. Имеет значение и снижение веса более 10% от массы тела в возрасте старше 25 лет; ♦ частые падения увеличивают риск переломов.

СОЧЕТАНИЕ У ОДНОГО ПАЦИЕНТА НЕСКОЛЬКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ОП И ПЕРЕЛОМОВ ИМЕЕТ КУМУЛЯТИВНЫЙ ЭФФЕКТ (РИСК ВОЗРАСТАЕТ)

необходимость в разработке глобальной стратегии контроля заболеваемости ОП, выделяя в качестве главных три направления: профилактику, лечение и скрининг [5].

Профилактика ОП предполагает применение немедикаментозных и фармакотерапевтических методов. К первым относится отказ от вредных привычек, занятия физкультурой (лечебной гимнастикой, плаванием), меры по профилактике падений — отмена снотворных, седативных и психотропных препаратов, коррекция зрения, лечение сопутствующих заболеваний внутренних органов, различные образовательные программы. Профилактика ОП заключается также в адекватном потреблении кальция (от лат. *calx*, род. *calcis* — мягкий камень), других макро- и микроэлементов с продуктами питания. Достаточное потребление кальция с пищей способствует поддержанию необходимой плотности костной ткани. Между тем реальное потребление кальция с пищей в последние годы снижается, особенно среди лиц пожилого возраста. В исследовании, проведенном в 9 европейских странах, установлено, что женщины в постменопаузе потребляли с пищей в среднем 744 мг кальция в сутки, при этом только 6% из обследованных — 1 300 мг кальция [6]. Аналогичные данные получены в США [6]. Изучение потребления кальция среди жителей 6 регионов России (около 4 500 опрошенных) в возрасте старше 50 лет показало, что в среднем с продуктами питания женщины получают 683 ± 231 мг, а мужчины — 635 ± 276 мг кальция в сутки. При этом обнаружено, что более 70% обследованных лиц потребляли с пищей ежедневно менее половины нормы, требуемой по возрасту, что явно недостаточно для поддержания прочности кости [7]. Учитывая данные официальной статистики по распространению ОП в нашей стране (14 млн пациентов), а также количество беременных (примерно 3,5 млн женщин), нуждающихся в дополнительном приеме кальция, существует необходимость в восполнении данного элемента у более чем 17 млн человек. При этом не надо забывать о 20 млн людей с остеопенией.

Восполнить недостаток кальция можно приемом лекарственных препаратов. Со-

ли кальция безопасны и хорошо переносятся. Самый распространенный побочный эффект — метеоризм и запор. Эти проблемы чаще встречаются при приеме карбоната и реже — при применении цитрата. Наибольшее количество элементарного кальция содержится в карбонате кальция, наименьшее — в глюконате.

Говоря о значении кальция в костеобразовании, стоит заметить, что для его достаточной абсорбции и нормального костного метаболизма необходим витамин D. Кроме того, витамин D обладает анаболическим эффектом, увеличивая пролиферацию и дифференцировку остеобластов — клеток, формирующих костную ткань [8, 9]. Также он принимает участие в заживлении микропереломов, является регулятором образования паратгормона. Недостаточность кальция приводит к развитию вторичного гиперпаратиреоза и увеличению костных потерь за счет активации остеокластогенеза.

Положительная роль дополнительного приема кальция и витамина D на снижение риска переломов была показана в нескольких метаанализах. Так, были проанализированы данные 7 рандомизированных исследований с общим количеством участников 68 500 человек. Было выявлено сни-

жение риска любых переломов на 8%, а переломов бедра на 16% при комбинированном их приеме. В то же время в исследованиях, в которых доза витамина D была 400 МЕ, снижение риска переломов бедра составило даже 26% [10].

Оптимальным вариантом для восполнения дефицита кальция и витамина D являются комбинированные препараты, например Кальцецин Адванс. Помимо кальция и витамина D, препарат содержит ряд микроэлементов, таких как магний, цинк, медь, марганец и бор. Преимуществом препарата Кальцецин Адванс является комбинированная цитратно-карбонатная форма кальция. Как известно, цитратная форма препятствует образованию оксалатных камней и снижает риск развития мочекаменной болезни, обеспечивает нормальное всасывание кальция и не блокирует всасывание железа, в то время как карбонатная форма является источником элементарного кальция. Содержащийся в препарате магний является дополнительным фактором повышения биодоступности кальция. Препарат хорошо переносится, поэтому нет препятствий к проведению им курсов профилактики и лечения необходимой длительности.



ИСТОЧНИКИ

1. Genant H.K., Cooper C., Poor G. et al. Interim report and recommendation of the World Health Organization task force for osteoporosis // *Osteoporosis Int.* 1999. №10. P. 259—265.
2. Bolland M.J., Grey A., Avenell A. et al. // *BMJ.* 2011. Vol. 19. P. 342: d2040. doi: 10.1136/bmj.d2040. Review.
3. Аудит состояния проблемы остеопороза в странах Восточной Европы и Центральной Азии — 2010 // *International osteoporosis foundation.* 2011.
4. Compston J.E., Papapoulos S.E., Blanchard F. Report on osteoporosis in the European Community: Current status and recommendations for the future // *Osteoporosis Int.* 1998. №8. P. 531—534.
5. Genant H.K., Cooper C., Poor G. et al. Interim report and recommendation of the World Health Organization task force for osteoporosis // *Osteoporosis Int.* 1999. №10. P. 259—265.
6. Bryere O., Malaise O., Neuprez A. et al. Calcium daily food intake in European postmenopausal women. Abstr. Sixth European Congress on Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis // *Osteoporosis Int.* 2006. №17. P. 101.
7. Boonen S., Magowan S., Zhou X. et al. Prevalence of low calcium intake in postmenopausal osteoporotic women: the need for supplementation. Abstr. Sixth European Congress on Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis // *Osteoporosis Int.* 2006. №17. P. 104.
8. Seino Y., Ishizuka S., Shima M., Tanaka H. Vitamin D in bone formation // *Osteoporosis Int.* 1993. №3. P. 196—198.
9. van Driel M., Pols H.A.P., van Leeuwen J.P.T.M. Osteoblast differentiation and control by vitamin D and vitamin D metabolites // *Curr. Pharm. Des.* 2004. №10. P. 2535—2555.
10. Patient level pooled analysis of 68500 patients from seven major vitamin D fracture trials in US and Europe. The DIPART Group // *BMJ.* 2010. P. 340.
11. http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/#.