

Кардіометаболічний ризик

Діагностична цінність алгоритмізованих моделей ризику остеопороззалежних переламів у пацієнтів із метаболічним синдромом

Л.М. Бобро, О.А. Лазуткіна

Харківський національний медичний університет

До групи високого ризику остеопороззалежних переламів, що вимагає медикаментозного лікування, відносять пацієнтів з низькими показниками мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ), коли Т-критерій становить 2,5 і нижче. Точність прогнозу може бути підвищена за рахунок інтеграції клінічних факторів ризику і МЩКТ, що передбачено у сучасних алгоритмізованих моделях прогнозування ризику остеопоротичних переламів.

Мета – оцінити ризик переламів і показання до медикаментозної терапії у пацієнтів з метаболічним синдромом за даними інструментального обстеження та застосування алгоритмізованих опитувальників ризику остеопороззалежних переламів.

Матеріал і методи. Проаналізовано результати обстеження 65 жінок у постменопаузі з метаболічним синдромом. Середній вік жінок – $(60,4 \pm 1,9)$ року, індекс маси тіла – $(35,4 \pm 0,51)$ кг/м². Структурно-функціональний стан кісткової тканини визначали методом подвійної рентгенабсорбціометрії (DXA). Для визначення вірогідності переламів у пацієнтів в найближчі 10 років використовувався алгоритм Frax[®] (<http://www.shef.ac.uk/FRAX>). Додатково для визначення абсолютного ризику переламів був використаний алгоритм QFracture Scores. Обробка результатів досліджень здійснювалася методами варіаційної статистики, реалізованими стандартним пакетом прикладних програм SPSS 17.0 for Windows. Діагностична цінність моделей FRAX і QFracture Scores розрахована з використанням ROC-аналізу.

Результати. За даними DXA, у 15 (23 %) пацієнток виявлено наявність остеопенії різного ступеня, при цьому остеопороз у 12 (18,4 %) обстежених, що було підставою для призначення антиостеопоротичної терапії. У групу ризику при оцінці 10-річної ймовірності остеопоротичних переламів за методикою FRAX віднесені 44 (67,6 %) обстежених, що достовірно більше, ніж при використанні DXA ($p < 0,05$). Згідно з методикою FRAX, граничні показники для початку антиостеопоротичного лікування відзначені у 20 (30,7 %) обстежених, при

цьому вони були нижчими порівняно з загальною популяцією (граничні показники для початку антиостеопоротичного лікування FRAX_{total} становили 10,5 %, FRAX-hip – 2,1 %). Граничні показники для початку антиостеопоротичного лікування QFracture total становили 9,1 %, QFracture Hip 4,3 %. У додатковому обстеженні з визначенням МЩКТ мали потребу, за даними алгоритму FRAX, 28 (43 %) пацієнтів. Діагностична цінність обох моделей в нашому дослідженні була середньою, достовірних відмінностей між використаними моделями не відзначено (AUC ROC FRAX 0,72 при CI 0,49–0,96; AUC ROC QFracture 0,70 при CI 0,48–0,99, $p > 0,5$). Але QFracture, на відміну від FRAX, дає можливість оцінити ризик переламу від 1 до 10 років, що дозволило виявити зростання ризику остеопороззалежного переламу QFracture-total через 5 років в 2,8 рази і QFracture-hip в 3 рази.

Висновки. МЩКТ не завжди є достатньо чутливим предиктором ризику переламу. При нормальних значеннях Т-критерію, за даними інструментального обстеження, у пацієнта може бути досить високий прогнозований десятирічний ризик остеопоротичних переламів. Ухвалюючи рішення про необхідність антиостеопоротичної терапії у пацієнтів із метаболічним синдромом, ми повинні спиратися не тільки на результати денситометричного дослідження, але і на оцінку ризику остеопоротичних переламів за методикою FRAX та/або QFracture. Граничні показники для початку антиостеопоротичного лікування у пацієнтів досліджуваної групи нижче загальнопопуляційних і потребують щорічного уточнення за допомогою алгоритму QFracture.

Жінки в постменопаузі: зв'язок факторів ризику ІХС та остеопорозу

Л.А. Вознюк

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Смертність серед жінок у віці 45–74 років від ішемічної хвороби серця (ІХС) і інсульту становить 85 %.

Мета – оцінити вираженість атеросклеротичного процесу за даними біохімічного складу ліпідів крові у хворих з різними варіантами перебігу ІХС та супутніми порушеннями кісткового обміну; визначити залежність між ступенем тяжкості ІХС та подальшим порушенням кістко-