

ДЕФІЦИТ ТА НЕДОСТАТНІСТЬ ВІТАМІНУ D В ОСІБ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП ІЗ ПЕРВИННИМ СИСТЕМНИМ ОСТЕОПОРОЗОМ ТА ОСТЕОАРТРОЗОМ

В. В. Поворознюк, Н. І. Балацька, В. Я. Муц*, О. Є. Кузів**

ДУ "Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова НАМН України", Київ

*ТОВ "ІнВентіс Хелс Україна", Київ

**Тернопільський національний політехнічний університет

Протягом останніх років очікувана тривалість життя постійно збільшується. В Україні, за даними Державної служби статистики, цей показник в період 2008–2013 рр. підвищився на 11 міс, сягнувши 71,37 року. Згідно з прогнозами ООН, з 2010 до 2050 р. кількість людей, старших за 85 років, збільшиться на 351 %. Своєю чергою старіння населення спонукає до більш детального вивчення станів та захворювань, які традиційно асоціюються із віковими змінами.

Мета — вивчити частоту дефіциту (ДВД) та недостатності вітаміну D (НВД) у пацієнтів старших вікових груп із первинним системним остеопорозом (ПСО) та остеоартрозом (ОА) великих суглобів і встановити чинники ризику їхнього розвитку.

Матеріали і методи. Обстежено 1208 пацієнтів віком 50–89 років із ПСО та ОА, яких розділили на 4 вікові групи: 50–59 (34,3 %), 60–69 (35,9 %), 70–79 (24,6 %) та 80–89 років (5,2 %). Статус ДВД та НВД визначали згідно з класифікацією, прийнятою Міжнародним інститутом медицини та Комітетом ендокринологів зі створення настанов із клінічної практики. Рівень 25(ОН)D в сироватці крові визначали за допомогою електрохемілюмінесцентного методу на апараті Elecsys 2010 (Roche Diagnostics, Німеччина) з використанням тест-систем cobas.

Результати. У 80,3 % осіб виявлено ДВД (із них у 46,9 % — тяжку форму захворювання), у 13,6 % — НВД. У віковій групі 80–89 років сироватковий рівень 25(ОН)D становив $28,7 \pm 17,9$ нмоль/л та був достовірно нижчим порівняно з таким у групі 50–59 років ($36,7 \pm 23,3$ нмоль/л; $p < 0,01$). У пацієнтів із вираженим ожирінням реестрували достовірно нижчі рівні 25(ОН)D у сироватці крові ($28,12 \pm 16,3$ нмоль/л) порівняно з таким у пацієнтів з нормальним індексом маси тіла ($37,8 \pm 24,7$ нмоль/л; $p < 0,001$), підвищену ($35,1 \pm 21,8$ нмоль/л; $p < 0,05$) масу тіла або помірне ожиріння ($35,8 \pm 22,8$ нмоль/л; $p < 0,01$). В усіх чотирьох вікових групах виявлено найнижчі рівні 25(ОН)D у сироватці крові взимку та навесні. Проведений помісячний аналіз даних виявив найнижчі рівні 25(ОН)D у сироватці крові у лютому ($26,2 \pm 15,9$ нмоль/л) та в березні ($24,4 \pm 15,7$ нмоль/л), а найвищі рівні — у серпні ($61,9 \pm 30,7$ нмоль/л).

Висновок. Чинниками ризику розвитку ДВД у пацієнтів старших вікових груп із ПСО та ОА є вік, ожиріння та зимово-весняний період року.

МІНЕРАЛЬНА ЩІЛЬНІСТЬ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ І ВІТАМІН D У ЖІНОК ІЗ ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА

В. В. Поворознюк, М. А. Бистрицька, І. М. Карабань, Н. В. Карасевич

ДУ "Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова НАМН України", Київ

Хвороба Паркінсона (ХП) і остеопороз — це два захворювання, які вражають осіб похилого віку. Поєднання ХП і остеопорозу значно підвищує ризик переломів, особливо шийки стегнової кістки.

Мета — визначити мінеральну щільність кісткової тканини (МЩКТ) і рівень вітаміну D у пацієнток із ХП.

Матеріали і методи. Обстежено 32 пацієнтки із ХП і 32 здорові жінки відповідного віку (середній вік — $64,5 \pm 7,6$ та $63,8 \pm 8,1$ року відповідно; $p = 0,5$). Тривалість ХП була не менше 5 років. Усі пацієнтки отримували леводопу. Визначення МЩКТ проводили за допомогою двофотонної рентгенівської абсорбціометрії. Вміст 25-гідроксиколекальциферолу (25-ОНD) у сироватці крові визначали за допомогою електрохемілюмінесцентного методу.

Результати. МЩКТ у пацієнток із ХП була достовірно нижче порівняно з показником у жінок контрольної групи на рівні поперекового відділу хребта (МЩКТ = $0,921 \pm 0,028$ та $0,984 \pm 0,024$ г/см²; $p < 0,05$) і на стегні (BMD = $0,923 \pm 0,022$ та $0,984 \pm 0,016$ г/см²; $p < 0,05$). Різниця МЩКТ поперекового відділу хребта склала 14,7 %, а на рівні проксимального відділу стегнової кістки — 6,8 %. Частота випадків дефіциту вітаміну D була значно вище у пацієнток із ХП (76 та 21 % відповідно).

Рівень вітаміну D був значно нижчим у пацієнток із ХП порівняно з показником у здорових жінок ($15,87 \pm 3,43$ та $23,82 \pm 2,63$ нг/мл відповідно; $p < 0,05$).

Висновок. МЩКТ і рівень вітаміну D у пацієнток із ХП були значно нижчими, ніж у здорових жінок відповідного віку.

ГУАРЕМ В ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ДИСЛІПІДЕМІЄЮ І НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА: ОПТИМІЗАЦІЯ ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ

В. Ю. Приходько, Т. Р. Волощук

Національна медична академія післядипломного навчання ім. П. Л. Шупика, Київ

У роботі вивчено підхід до комплексного лікування хворих з високим кардіоваскулярним ризиком, надмірною масою тіла, жировим гепатозом і дисліпідемією, які вже отримували статинотерапію (аторвастатин у дозі 10 мг).

Мета — оцінити терапевтичну ефективність і переносимість комбінації гуарової смоли (Гуарем) з аторвастатином у мінімальних дозах у пацієнтів з порушеним ліпідним спектром і надмірною масою тіла.

Матеріали і методи. У дослідження включено 30 осіб (18 жінок і 12 чоловіків) віком 58–74 років, які раніше приймали аторвастатин у дозі 10 мг. Усім пацієнтам проведено антропометричні (зріст, маса тіла, ІМТ, об'єм талії (ОТ)), загальноклінічні (артеріальний тиск, ЕКГ в 12 відведеннях, УЗД органів черевної порожнини), лабораторні дослідження (загальний аналіз крові, біохімічне дослідження (АЛТ, АСТ, білірубін, ЛФ, ГГТП, креатинін крові) та визначення показників ліпідограми. Всі показники визначали двічі: до початку лікування і через 1,5 міс після закінчення прийому комбінації Гуарему (по 5 мг 3 рази на день) і аторвастатину (10 мг один раз на день).

Результати. Аналіз отриманих даних свідчить про те, що у пацієнтів відзначено ефект від застосування комбінації Гуарему з аторвастатином. Було зареєстровано зменшення маси тіла (з $85,1 \pm 2,8$ до $83,1 \pm 2,8$ кг; $p < 0,05$), ІМТ (з $29,6 \pm 1,5$ до $28,9 \pm 1,6$ кг/м²; $p < 0,05$), ОТ (з $96,8 \pm 3,5$ до $92,6 \pm 3,0$ см), але без статистичної достовірності. Біохімічні показники функції печінки (АЛТ, АСТ, ЛФ, ГГТП, білірубін) в процесі лікування достовірно не змінилися. У 5 пацієнтів (4 чоловіка і одна жінка) відзначено нормалізацію початково підвищених (до 1,5 верхньої нормальної межі) показників АЛТ, а в одного пацієнта знизився початково підвищений рівень ЛФ. Також прийом Гуарему обумовив позитивні зрушення ліпідограми: виявлено тенденцію до достовірного зниження рівня загального холестерину (з $5,97 \pm 0,21$ до $5,70 \pm 0,20$ ммоль/л; $p < 0,05$), ЛПНЩ (з $3,98 \pm 0,11$ до $3,74 \pm 0,11$ ммоль/л; $p < 0,05$), ЛПДНЩ (з $0,98 \pm 0,07$ до $0,90 \pm 0,06$ ммоль/л; $p < 0,05$) і тригліцеридів (з $2,08 \pm 0,11$ до $1,91 \pm 0,10$ ммоль/л; $p < 0,05$). В цілому рівень загального холестерину знизився на 4,5 %, ЛПНЩ — на 6 %, тригліцеридів і ЛПДНЩ — на 8,2 %. Крім того, комбінована терапія сприяла нормалізації показників глюкози натще (з $5,57 \pm 0,20$ до $5,25 \pm 0,17$ ммоль/л; $p < 0,05$) і достовірному зниженню рівня постпрандіальної глюкози (з $7,67 \pm 0,21$ до $7,16 \pm 0,2$ ммоль/л; $p < 0,05$). За умови дотримання режиму прийому препарату (200 мл води на кожні 5 г Гуарему) побічні ефекти у вигляді закрепів не спостерігали, відчуття метеоризму минало при зниженні дози гуарової смоли до 10 г протягом першого тижня.

Висновки. У пацієнтів з високим кардіоваскулярним ризиком і метаболічним синдромом відзначено ефективність прийому комбінації гуарової смоли (Гуарем) з аторвастатином у мінімальній дозі, що проявляється більш швидким і достовірним зниженням проатерогенних показників ліпідограми, а також поліпшенням вуглеводного обміну. Використання Гуарему приводить до нормалізації показників печінкових трансаміназ, що знижує ризик розвитку побічних явищ з боку печінки під час прийому статинів. Для більш достовірного зниження всіх показників рекомендовано прийом даної комбінації протягом більш тривалого часу (не менше 3 міс).