

Для ЗАМЕТОК

Женщины во время менопаузального перехода с клиническими факторами риска для переломов (например, низкий вес тела, предшествующие переломы, использование лекарств с высоким риском)

Мужчины возраст 70 лет и старше

Мужчины моложе 70 лет с фактором риска для низкой костной массой (например, низкий вес тела, прежние переломы, использование лекарств с высоким риском, заболевания или условия связанных с потерей костной массы)

Взрослые с «хрупкими» (низкоэнергетическими) переломами

Взрослые с заболеванием или условием связанными с низкой массой кости или потерей костной ткани

Взрослые принимающие лекарства в связи низкой массой кости или потерей костной плотности

Любой подлежащий фармакологической терапии

Любой получающий лечение, для контроля результатов лечения

Любой не получающий терапию, но у которого подтверждение потери костной массы привело бы к назначению лечения

Женщины у которых прекратились эстрогены, подлежат измерению плотности кости согласно показаниям, перечисленным выше.

Для ЗАМЕТОК

Рекомендации Международного Общества клинической Денситометрии (ISCD) по скринингу ОП

Официальные позиции ISCD 2015 рекомендуют тестирование плотности костной ткани у следующих пациентов:

Женщины в возрасте 65 лет и старше

Женщины в постменопаузе моложе 65 лет с фактором риска низкой костной массы (например, низкая масса тела, предшествующие переломы, использование лекарств с высоким риском, заболевание или состояние, связанное с потерей костной ткани)

Женщины во время менопаузального перехода с клиническими факторами риска для переломов (например, низкий вес тела, предшествующие переломы, использование лекарств с высоким риском)

Мужчины возраст 70 лет и старше

Мужчины моложе 70 лет с фактором риска для низкой костной массой (например, низкий вес тела, прежние переломы, использование лекарств с высоким риском, заболевания или условия связанных с потерей костной массы)

Взрослые с «хрупкими» (низкоэнергетическими) переломами

Взрослые с заболеванием или условием связанными с низкой массой кости или потерей костной ткани

Взрослые принимающие лекарства в связи низкой массой кости или потерей костной плотности

Любой подлежащий фармакологической терапии

Любой получающий лечение, для контроля результатов лечения

Любой не получающий терапию, но у которого подтверждение потери костной массы привело бы к назначению лечения

Женщины у которых прекратились эстрогены, подлежат измерению плотности кости согласно показаниям, перечисленным выше.

Для заметок

Рекомендации Целевой группы по профилактике США (USPSTF) по скринингу ОП
 USPSTF рекомендует измерять BMD у следующих пациентов

Женщины в возрасте 65 лет и старше
 Женщины в постменопаузе моложе 65 лет, подверженные повышенному риску остеопороза, как это определено официальным клиническим инструментом оценки риска*
 *Предлагаемые инструменты оценки рисков включают следующее:
Инструмент(шкала) оценки риска переломов Fracture Risk Assessment Tool (FRAX)

Простая расчетная Оценка риска остеопороза Simple Calculated Osteoporosis Risk Estimation (SCORE)

Инструмент оценки риска остеопороза Osteoporosis Risk Assessment Instrument (ORAI)

Индекс риска остеопороза Osteoporosis Index of Risk (OSIRIS)

Инструмент самооценки остеопороза Osteoporosis Self-Assessment Tool (OST)

Примечание. В отличие от NOF и ISCD, USPSTF заключает, что текущие данные недостаточны для оценки баланса преимуществ и вреда скрининга для предотвращения остеопоротических переломов у мужчин.

Лечение

National Osteoporosis Foundation (NOF)

Национальный Фонд остеопороза (NOF) рекомендует, чтобы фармакологическая терапия была зарезервирована для женщин и мужчин в постменопаузе в возрасте 50 лет или старше, которые соответствуют следующим критериям:

Перелом бедра или позвонка (переломы позвонков могут быть клиническими или морфометрическими [т. е. идентифицированы только на рентгенограмме])

T-оценка -2,5 или менее на шейке бедренной кости или позвоннике после соответствующей оценки, чтобы исключить вторичные случаи

Низкая костная масса (T-критерий между -1,0 и -2,5 в шейке бедра или позвонника) и 10-летняя вероятность перелома шейки бедра на 3% или больше, или 10-летняя вероятность основных связанных с остеопорозом переломов на 20% или более на основе адаптированного ВОЗ алгоритма, для США.

American College of Physicians (ACP)

Руководство по клинической практике американской коллегии врачей (ACP) рекомендует предлагать медикаментозное лечение женщинам с известным остеопорозом, чтобы уменьшить риск перелома тазобедренного сустава и позвонков.

Рекомендации ACP предлагают использование любого из следующих препаратов:

- Алендронат
- Ризендронат
- Золендроновая кислота
- Деносуаб

Для заметок

После 3 лет лечения золедроновой кислотой преимущества плотности МПК сохраняются, по крайней мере, еще 3 года после прекращения лечения;

большинство пациентов должны прекратить лечение через 3 года, и их врач должен рассмотреть необходимость продолжения терапии через 3 года

Контроль лечения рекомендуется после 5 лет на алендронат, ризедронат, или ибандронат и после 3 лет для золедроновой кислоты

Лица с предыдущим переломом позвоночника или предварительной терапией бедра при T-критерием BMD - 2,5 SD или менее могут подвергаться повышенному риску перелома позвоночника, если золедроновая кислота прекращена

Рекомендации АСР против применения эстрогена или эстрогена плюс прогестерона или ралоксифена для лечения остеопороза у постменопаузальных женщин.

Дополнительные рекомендации, основанные на данных низкой достоверности, включают следующее:

У женщин с остеопорозом, фармакологическое лечение должно продолжаться 5 лет; дженерики должны быть использованы, когда возможно.

Мониторинг минеральной плотности костной ткани (МПКТ) в течение 5 лет лечения у женщин с остеопорозом не рекомендуется, так как данные свидетельствуют о том, что риск переломов может уменьшаться независимо от изменений МПК

Для женщин в возрасте 65 лет и старше, страдающих остеопенией и подверженных высокому риску переломов, решения о лечении должны учитывать предпочтения пациента, профиль риска переломов, преимущества, вред и цену лекарств

У мужчин с клинически подтвержденным остеопорозом, врачи должны предложить терапию бисфосфонатами для уменьшения риска позвоночных переломов; требуются доказательства контроля BMD у мужчин.

Рекомендации американской Ассоциации клинических эндокринологов American Association of Clinical Endocrinologists (AACE), опубликованные в 2010 году, включают следующие рекомендации по выбору препаратов для лечения остеопороза:

Первой линии препараты: алендронат, ризедронат, золедроновая кислота, деносумаб

Препараты второй линии: ибандронат

Второй или третьей линии препараты: ралоксифен

Препарат последней линии: кальцитонин

Лечение пациентов с очень высоким риском переломов или у которых терапия бисфосфонатом не эффективна: терипаратид

10

7

American Association of Clinical Endocrinologists (AACE)

Не было показано, что терапия комбинацией двумя или больше препаратами имеет больший эффект на уменьшении переломов чем одиночная терапия. Рекомендации ААСЕ выступают против использования комбинированной терапии, до тех пор, пока влияние комбинированной терапии на переломы будет лучше понято.

В июне 2013 года Национальная руководящая группа по Остеопорозу National Osteoporosis Guideline Group (NOGG) обновила свои руководящие принципы по диагностике и лечению остеопороза у мужчин и женщин в постменопаузе в возрасте 50 лет и старше в Соединенном Королевстве.

Рекомендации включают следующее:

Показано, что фармакотерапия снижает риск переломов позвоночника (а в некоторых случаях и переломов тазобедренного сустава), включает бисфосфонаты, деносумаб, пептиды паратиреоидного гормона, ралоксифен и стронция ранелат

Группа алендроната обычно препараты первой линии ввиду своего обширного спектра эффективности при переломах и низкой цены.

Ибандронат, ризедронат, золедроновая кислота, деносумаб, ралоксифен, или ранелат стронция могут быть соответствующей терапией если алендронат противопоказан или плохо переносится

Из-за их высокой стоимости, пептиды паратиреоидного гормона следует использовать только для пациентов с очень высоким риском, особенно при переломах позвоночника

Женщины в постменопаузе могут иметь результат при приеме кальцитриола, этидроната, и заместительной гормональной терапии

Лечение мужчин с повышенным риском переломов включает алендронат, ризедронат, золедроновую кислоту и терипаратид/терипаратид и золедроновая кислота

8

Пациенты с повышенным риском переломов должны начать алендронат или другую протективную терапию костной ткани, когда начинается глюкокортикоидная терапия

Для женщин в постменопаузе фармакотерапия для профилактики и лечения глюкокортикоидного остеопороза включает алендронат, этидронат и ризедронат; варианты лечения для обоих полов-терипаратид и золедроновая кислота

Кальций и витамин D добавки широко рекомендуется для пожилых людей, которые не выходят из дома или живут в квартирах или домах престарелых и часто рекомендуется в качестве дополнения к другим методам лечения остеопороза

Потенциальные неблагоприятные сердечно-сосудистые события в связи с добавлением кальция сомнительны, но может быть более разумно увеличить пищевое потребление кальция и использовать витамин D самостоятельно чем использовать и кальций и добавки витамина D вместе

Отмена лечения бисфосфонатом связана со снижением МПК и обновления костной ткани через 2-3 года для алендроната и 1-2 года для ибандроната и ризедроната

Продолжение бисфосфонатов без необходимости дополнительной оценки рекомендуется для лиц с высоким риском; при продолжении приема бисфосфонатов необходим контроль лечения, включая оценку функции почек, каждые 5 лет

Если бисфосфонаты прерваны, то риск перелома должен быть переоценен после каждого нового перелома, или после 2 лет если никаких новых переломов не происходит

9