

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ЦЕНТРАЛНА МЕДИЦИНСКА БИБЛИОТЕКА

ЕНДОКРИННИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

ENDOCRINE DISEASES

Редакционна колегия

Проф. д-р М. Боянов, дмн, гл. редактор
Проф. д-р Цв. Танкова, дмн, Доц. д-р И. Цинликов, дм
Доц. д-р К. Тодорова, дм

Оригинални статии, литературни обзори и реферати
на чуждестранни научни медицински публикации в областта на:
ЕНДОКРИНОЛОГИЯ И БОЛЕСТИ НА ОБМЯНАТА

Списанието се обработва в БД
БЪЛГАРСКА МЕДИЦИНСКА ЛИТЕРАТУРА

Ендокр. забол.
Endokr. zabol.

Год. XLVI

2017

Брой 2

КЛИНИЧНИ ПРЕПОРЪКИ
CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

**КЛИНИЧНИ ПРЕПОРЪКИ ЗА ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
НА ПОСТМЕНОПАУЗНА ОСТЕОПОРОЗА ОТ 2016 Г.
НА АМЕРИКАНСКАТА АСОЦИАЦИЯ НА КЛИНИЧНИТЕ
ЕНДОКРИНОЛОЗИ И НА АМЕРИКАНСКАТА КОЛЕГИЯ
ПО ЕНДОКРИНОЛОГИЯ**

Camacho PM, Petak SM, Binkley N, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Postmenopausal Osteoporosis – 2016. *Endocr Pract*, 2016, 22(Suppl. 4), 1-42.

Тези препоръки имат за цел да дадат насоки при диагностиката, оценката и лечението на жените с постменопаузна остеопороза. Препоръките са представени в резюме.

Как се оценява рискът от остеопороза и как се поставя диагнозата остеопороза?

– При всички жени на възраст ≥ 50 години трябва да се оцени рискът от остеопороза (сила на препоръката В, сила на доказателствата 1; препоръката е понижена по сила, поради празнини в доказателствената част).

– Изходно са необходими снемане на анамнеза, обективно състояние на пациента и попълване на въпросника FRAX® (Fracture Risk Assessment Tool – инструмент за оценка на риска от фрактури на СЗО) (В,2).

– Съобразно резултата от FRAX се преценява дали да се пристъпи към изследване на костна минерална плътност (В,2).

– При изследване на костната минерална плътност (КМП) се използва аксиална двойноенергийна абсорбциометрия (DXA) – остеодензитометрия на гръбнак и бедро (В,2).

– Диагнозата остеопороза се поставя при наличие на фрактура, причинена от минимална травма, при изключени други метаболитни костни заболявания (В,2) или при Т-скор $\geq -2,5$ на гръбнака (предно-задно сечение), бедрената шийка, бедрото и/или 33% радиус (една трета) (В,2).

– Диагнозата остеопороза може да се постави и при пациенти с остеопения и повишен остеопорозен риск по FRAX (въпросникът трябва да е валидиран за съответната страна) (B,2).

След като диагнозата е поставена, каква е следващата стъпка?

– Необходимо е да се отхвърли вторична остеопороза (B,2).

– Трябва да се направи оценка за налични вертебрални фрактури (A,1).

– Изходно може да се изследват маркерите на костния обмен. Повишените нива могат да предскажат по-бърза костна загуба и по-висок фрактурен риск (B,1, препоръката е понижена след съгласие между експертите).

Какви мерки трябва да се вземат за добро костно здраве?

– При всички пациенти с остеопороза или с повишен риск за недостиг на витамин D трябва да се изследва нивото на 25-хидроксивитамин D (25(OH)D) (B,2).

– При пациентите с остеопороза нивото на 25(OH)D трябва да се поддържа ≥ 30 ng/mL (предпочитан диапазон между 30 и 50 ng/mL) (между 75 и 125 pmol/L) (B,3, препоръката е повишена след съгласие между експертите).

– За поддържането на оптимално ниво на 25(OH)D обичайно е достатъчно да се приемат 1000-2000 IU витамин D3 на ден (C,4, препоръката е повишена след съгласие между експертите). По-високи дози може да са необходими при затлъстяване, малабсорбция, след някои видове трансплантация, при някои етнически групи и при по-възрастни пациенти (A,1).

– Жените над 50-годишна възраст трябва да приемат достатъчно калций с храната – 1200 mg на ден. При необходимост част от тази доза може да се приема под формата на хранителна добавка (B,2).

– Пациентите не бива да консумират повече от 2 алкохолни единици на ден (B,2). Те трябва да бъдат съветвани да избягват или да спрат пушенето (B,2). Препоръчва се редовна физическа активност, включваща упражнения за поддържане на баланса, упражнения срещу тежестта на тялото и срещу съпротивление (B,2).

– Най-възрастните пациенти трябва да бъдат обучени как да намалят риска от падания (A,1).

– При висок риск от падания може да се използват протектори за бедра (B,1, препоръката е понижена поради несъответствия между проучванията).

– Физиотерапията може да намали дискомфорта, да намали риска от падания и да подобри качеството на живот (A,1).

Кой се нуждае от медикаментозно лечение?

– Лечение трябва да се започне при всички пациенти с остеопения или ниска костна маса и анамнеза за фрактура при минимална травма на бедрото или гръбнака (A,1).

– Лечение трябва да се започне при всички пациенти с T-скор $\geq -2,5$ на гръбнака, бедрената шийка, цялото бедро или 33% радиус (A,1).

– Лечение трябва да се препоръча на всички пациенти с T-скор между $-1,0$ и $-2,5$, ако резултатът от FRAX за 10-годишна вероятност за голяма остеопорозна фрактура е $\geq 20\%$ или 10-годишната вероятност за бедрена фрактура е $\geq 3\%$ (за САЩ) или над допустимото за съответната страна (B,2).

Какво лекарство да се използва?

– Одобрените лекарства, които намаляват фрактурите на бедрото, на гръбнака и невертебралните фрактури – алендронат, ризедронат, золедронова киселина и деносумаб, са подходяща първа стъпка при повечето пациенти с висок фрактурен риск (A,1).

– Терипаратид, деносумаб и золедронова киселина се използват, когато пациентите не могат да приемат лекарства през устата (инжекционни препарати) и като първоначално средство на избор при пациенти с много висок риск от фрактури (A,1).

– Ралоксифен и ибандронат може да са най-подходящо първо средство, когато се цели най-голям ефект върху гръбнака (A,1).

Как се проследява ефектът от лечението?

– След 1-2 години лечение се правят нови остеодензитометрии на гръбнак и на бедро и се сравняват с изходните. Цели се стабилизиране на резултата, т.е. и липсата на влошаване означава добър ефект от лечението. След постигане на ефект от лечението нататък остеодензитометрията може да се прави и на по-големи интервали от време (B,2).

– Проследява се КМП на гръбнака, цялото бедро и бедрената шийка. Ако те не са достъпни, лечението може да се проследява по 33% радиус (A,1).

– В оптималния случай проследяването на пациентите трябва да става на един и същ остеомеръ (B,4, препоръката е повишена след съгласие между експертите).

– Маркерите на костния обмен могат да се използват за проверяване съчастието на пациента и за проследяване ефекта от лечението. Маркерите значително се понижават при лечение с антирезорбтивен клас медикаменти и значително се повишават при лечение с анаболен клас медикаменти (B,1, препоръката е понижена след съгласие между експертите).

Какво означава „успешно лечение на остеопорозата“?

– Успешното лечение на остеопорозата се дефинира като непроменяща се или повишена КМП при липса на нови фрактури и на влошаване на налични такива (A,1).

– За жените, приемащи антирезорбтивни медикаменти, целта на успешното лечение е нивото на маркерите на костния обмен да падне под средата на нормата за пременопаузни жени (A,1).

– Ако пациентите имат нови счупвания по време на лечението или КМП значително намалява, трябва да се обмисли дали не се касае за вторична остеопороза (A,1). Единична фрактура по време на лечението не е задължително белег за неуспеха му, но е белег за висок фрактурен риск. При неуспех на лечението с един медикамент, трябва да се започне друг.

Колко дълго продължава лечението?

– Лечението с терипаратид продължава 2 години (A,1).

– Приемащите орални бифосфонати могат да направят „почивка от бифосфоната“ след 5 год., ако рискът им от счупвания е умерено висок (B,1, препоръката е понижена поради липса на данни).

– При висок риск от фрактури приемащите орални бифосфонати могат да направят почивка след 6-10 години на постоянно лечение (B,1, препоръката е понижена поради липса на данни).

– Лекуваните със золедронова киселина за венозно приложение могат да си направят „почивка от лечението“ след три години при умерен фрактурен риск или след 6 години при висок фрактурен риск (B,1, препоръката е понижена поради липса на данни).

– По време на „лекарствената почивка“ при високорисковите пациенти може да се приложи терипаратид или ралоксифен (D,4).

– Не се правят почивки при лечението с деносумаб (A,1).

– Краят на почивката от бифосфонати трябва да се определи според индивидуалните характеристики на пациента – неговия фрактурен риск, промяната в КМП или в маркерите на костния

обмен) (B,4, препоръката е повишена след съгласие между експертите).

– Относно останалите класове лекарства, лечението с тях трябва да продължи, колкото е клинично уместно (D,4).

Комбинираната терапия по-добра ли е от монотерапията?

– Не се препоръчва комбинирана терапия при лечение на остеопороза поради липсата на данни за повлияването на фрактурния риск (C,4, препоръката е повишена поради повишаване на страничните ефекти на лекарствата и високата цена на лечението).

– Ако се прилагат естрогени за повлияване на симптомите при менопауза или ралоксифен по повод висок риск от рак на гърдата, то към тях може да се обмисли добавянето на друг медикамент, например бифосфонат, деносумаб или терипаратид, ако се касае за пациент с висок фрактурен риск (D,4).

– Комбинираното лечение на деносумаб с терипаратид води до по-добро повлияване на КМП, но все още няма данни за повлияването на самите счупвания (B,1, препоръката е понижена поради потенциално повишаване на страничните ефекти и високата цена на лечението).

Трябва ли да се спазва определена последователност при избора на лекарства?

– Лечението с терипаратид винаги трябва да се последва от лечение с антирезорбтивен медикамент, за да се избегне понижаване на костната плътност и загуба на лечебния ефект (A,1).

Трябва ли да се прибегва до оперативна намеса при фрактура на прешлените?

– Вертебропластиката и кифопластиката не се препоръчват като първо средство на избор при фрактура на прешлените. Тези процедури нямат доказан ефект върху болката, а рискът от нови счупвания в съседните прешлени става по-висок (B,1, препоръката е понижена поради липса на достатъчно проучвания).

Кога пациентите трябва да бъдат насочени към клиничен ендокринолог или към профилиран специалист по остеопороза?

– Когато пациент с нормална костна минерална плътност получи фрактура при минимална травма (C,4, повишена препоръка).

– Когато при пациент, приемащ лечение, счупванията продължават или костната загуба продължава да се влошава без очевидна причина (C,4, повишена препоръка).

– Когато остеопорозата е неочаквано тежка, има необичайни прояви или се установят някои по-рядко срещани вторични причини (хипертиреоидизъм, хиперпаратиреоидизъм, хиперкалциурия, хиперпролактинемия) (С,4, повишена препоръка).

– При състояния, които усложняват лечението – при хронична бъбречна недостатъчност – скорост на гломерулната филтрация < 35 ml/min/1.73 m²; при хиперпаратиреоидизъм; при малабсорбция (С,4, повишена препоръка).

– Във всички случаи, когато е възможно, пациентът трябва да бъде насочен към специалист по остеопороза (В,2).

Д-р М. Боянова

ХОРМОНАЛНА ЗАМЕСТИТЕЛНА ТЕРАПИЯ ПРИ ХИПОПИТУИТАРИЗЪМ – ПРЕПОРЪКИ НА ЕНДОКРИННОТО ДРУЖЕСТВО

Fleseriu M, Hashim IA, Karavitaki N et al. Hormonal Replacement in Hypopituitarism in Adults: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2016;101(11):3888-3921.

Тези препоръки са обсъдени и одобрени от членовете на няколко водещи в сферата общности – Ендокринното дружество, Американската асоциация по клинична химия, Дружеството по хипофизни заболявания и Европейското дружество по ендокринология (the Endocrine Society, the American Association for Clinical Chemistry, the Pituitary Society, the European Society of Endocrinology). Те адресират важни клинични въпроси, свързани с диагностиката и лечението на хипопитуитаризма при възрастни пациенти. Поставен е акцент върху биохимичната оценка и терапевтичното поведение в специфични ситуации като бременност, операция на хипофизата или друга оперативна интервенция.

ПРЕПОРЪКИТЕ – КРАТКО ПРЕДСТАВЯНЕ

Диагноза на хипопитуитаризъм

Централна надбъбречна недостатъчност (първична)

Диагнозата централна надбъбречна недостатъчност се поставя, като се измери нивото на серумния кортизол в 8-9 часа сутринта (2,+). Не се препоръчва случайното измерване на кортизо-