

## АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА БИСФОСФОНАТОВ

© Зоткина К.Е.

Консультативно-диагностический центр профилактики остеопороза, клиническая ревматологическая больница № 25, Санкт-Петербург

**Введение.** Эффективность медикаментозной терапии остеопороза определяется снижением риска переломов, а также предполагает повышение МПК и снижение маркеров костного обмена. Остается открытым вопрос, являются ли антирезорбтивные препараты эффективными у всех пациентов, которые придерживаются рекомендованной схемы лечения. Риск переломов во время терапии снижается, но не исключается полностью. Как правило, снижение риска переломов находится в диапазоне 30-70% для позвоночника и 40-50% для шейки бедра, 15-20% для невертебральных переломов.

По данным литературы неэффективность терапии бисфосфонатами (БФ) встречается от 9.5 до 53 %. (Díez-Pérez A, Adachi JD, Adami S et al, 2014)

**Цель.** Оценить возможные причины неэффективности длительного лечения пероральными бисфосфонатами

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ данных 59 пациенток с постменопаузным остеопорозом, принимавших пероральные БФ в течение 5 лет и более или внутривенные БФ в течение 3 лет и более, которые к концу лечения соответствовали критериям неэффективности. Терапия считалась неэффективной при возникновении низкоэнергетического перелома на фоне терапии или отсутствии положительной динамики или сохранении МПК в зоне остеопороза хотя бы в одной точке по данным денситометрии после лечения пероральными БФ в течение 5 лет и более или внутривенными БФ в течение 3 лет и более.

**Результаты.** Возраст обследованных колебался от 61 до 84 лет (средний возраст 73 г.). Длительность лечения БФ составила от 3 до 12 лет (средняя продолжительность терапии 6.3 г.). 23 (33.9%) чел. имели компрессионные переломы тел позвонков до начала лечения остеопороза.

С момента установки диагноза 20 (33.9%) пациенток получали только в/в формы, 23 (38.9%) пациентки - только пероральные формы. 16 (27.1%) человек получали и пероральные, и внутривенные формы БФ.

У 9 (15.2%) пациенток происходили переломы на фоне лечения БФ. У 25 (42.3%) на фоне лечения наблюдалась положительная динамика МПК, однако к концу лечения пациенты оставались в зоне остеопороза хотя бы в одном участке скелета, еще у 25 (42.3%) человек отсутствовала или наблюдалась отрицательная динамика по данным денситометрии. Анализ возможных причин неэффективности показал, что 4 пациентки (6.8%) были некомплаентны. У 12 чел. (20.3%) выявлен вторичный остеопороз: у 6 (10.2%) наблюдались заболевания желудочно-кишечного тракта, сопровождающиеся синдромом мальабсорбции; 3 (5.1%) находились на терапии ингибиторами ароматазы по поводу рака молочной железы; у одной пациентки диагностирована болезнь Иценко – Кушинга; у 2 (3.3%) была выявлена аденома паращитовидных желез, в связи с чем проводилась паратиреоидэктомия. Кроме того, у 9 (15.2%) пациенток был выявлен вторичный гиперпаратиреоз во время лечения, у 20 (33.9%) указания на недостаточность витамина D. 5 (8.4%) пациенток не принимали препараты кальция и витамина D на фоне лечения бисфосфонатами.

У остальных 22 (37.2%) пациенток причины неэффективности при стандартном клиническом исследовании не выявлены.

Таким образом, наиболее частыми находками у пациенток с постменопаузным остеопорозом, у которых длительное лечение бисфосфонатами было неэффективным, были невыявленные и нелеченные ранее хронические заболевания, способные вызывать вторичный остеопороз, а также недостаточность витамина D.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** Остеопороз; бисфосфонаты; эффективность лечения.

### CAUSES OF INEFFECTIVENESS OF LONG-TERM BISPSPHONATE TREATMENT

© Zotkina K.E.

Clinical Rheumatology Hospital #25, Saint Petersburg

**KEYWORDS:** Osteoporosis; bisphosphonates; treatment effectiveness.