

во 2 группе и на 43% ($p=0,036$) – в третьей по сравнению с контролем, и кроме того, во второй выше, чем в третьей на 31% ($p=0,045$). Концентрации ПТГ также была наибольшей в группе с остеопенией: на 51% ($p=0,002$) больше чем в контроле. Также были рассчитаны соотношения величин гормонов, участвующих в кальцификации и деминерализации костной ткани, характеризующие связь патологии костно-суставной системы с гормональными изменениями. Наиболее значимые различия выявлены в соотношении уровней эстрадиола и паратиреоидного гормона, которые были в группе с остеопенией на 46% ($p=0,006$), а в группе с остеопорозом на 41% ($p=0,041$) ниже, чем в контроле. Наибольшие гормональные изменения регистрируются в группе с остеопенией. Коэффициент отношения эстрадиола к ПТГ гормону в группе контроля составил 1,82 [1,10; 2,33], в группе с остеопенией 0,99 [0,93; 1,06], а с остеопорозом 1,43

[1,01; 1,58]. При проведении многофакторного анализа параметров гормонального статуса и биохимических маркеров повреждения костной ткани к Т-критерию позвоночника и шейки бедра установили, что соотношение эстрадиола к паратиреоидному гормону имеет сильную связь с изменением показателей минеральной плотности позвоночника в различных группах пациентов. Это подтверждает возможность использования данного соотношения в качестве раннего диагностического маркера развития остеопороза.

Выводы. Наиболее целесообразно использовать в качестве ранних биохимических маркеров развития остеопороза у женщин уровень паратгормона, эстрадиола и их соотношение. Значения показателей денситометрии по Т-критерию шейки бедра в большей степени соответствуют степени тяжести остеопороза, нежели величины Т-критерия позвоночника.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ОСТЕОПОРОЗОМ

КОЧЕРГИНА И.И., ДОСКИНА Е.В., АМЕТОВ А.С.

Кафедра эндокринологии ГБОУ ДПО РМАПО, г. Москва

Цель исследования – оценить возможности комплексного подхода к лечению пациентов с остеопорозом (ОП) и сахарным диабетом (СД)

Материал и методы. Проанализировано 205 историй пациентов (возраст от 56 до 70 лет (62+6)) с верифицированными диагнозами остеопороз и сахарный диабет 2 типа. Стаж СД от 5 до 25 лет (9+5), получавшие различные виды антиостеопоретической терапии и данные DEXA в динамике.

Результаты. Выявлено, что менее 20% пациентов достигли целевых значений гликемии (по показателям глюкозы натощак, постприандиально и HbA1c), на различных видах сахароснижающей терапии. Анализ терапии ОП выявил, что препараты алендроновой кислоты получают 5,1%; ибандроновой кислоты – 7,3%; золендроновой кислоты 51,2% (из них Российские дженерики – 76,2%); деносуаба – 23,9%; ранелат стронция – 9,8%; терипаратид – 2,4%.

При анализе историй болезней было отмечено, что Меглюминую соль тиюктовой кислоты – 51,2% получали 2 раза в год; 23,9% 1 раз в 12 месяцев; 15,1% – периодически. Несмотря на многочисленные исследования, доказывающие эффективность тиюктовой кислоты 9,8% пациентов ни разу не получали препараты тиюктовой кислоты, даже не смотря на длительный (более 10 лет) стаж сахарного диабета. Было выявлено, что пациенты, получавшие Меглюминую соль тиюктовой кислоты (МСТК) 2 раза в год имели более выраженный прирост минеральной плотности костной ткани на фоне стандартной антирезорбтивной терапии, наибольший прирост МПК отмечен на фоне применения Золендроновой кислоты +3,1 Терипаратид +2,5%; Деносуаба +2,4%; Ранелат стронция +2,1%. При при-

менении МСТ – 1 раз в год прирост МПК на фоне применения Золендроновой кислоты +2,1 Терипаратид +1,9%; Деносуаба +1,4%; Ранелат стронция +1,4%.

Из 20 пациентов получавших ранелат стронция у 25% в анамнезе был верифицирован диагноз ИБС – стенокардия, без инфаркта миокарда в анамнезе у 100% пациентов получавших меглюминую соль тиюктовой кислоты не отмечено отрицательной динамики, в то время как у пациентов не получавших данный вид терапии у 1 пациентки отмечена отрицательная динамика – увеличение частоты ишемических приступов.

Пациенты, получавшие в качестве антирезорбтивной терапии – Золендроновую кислоту отметили хорошую переносимость препарата на фоне проведения 2 курсов в год в/в инфузий МСТК (Тиогамма 600 мг в/в 14-20 дней и 20 дней per os). Так гипертермия отмечена максимально до 38,5°, в то время как пациенты, не получавшие данной терапии, отмечали повышение температуры тела до 39°.

У пациентов с декомпенсированным СД и в возрасте старше 65 лет было зарегистрировано 2 компрессионных перелома позвонков и 5 переломов луча в типичном месте на ранних сроках (первые 3 месяца) антирезорбтивной терапии (из них 4 на фоне применения алендроновой кислоты, 1 – золендроновой кислоты и 2 на фоне ранелата стронция).

Выводы. В комплексном лечении пациентов с сахарным диабетом 2 типа и остеопорозом должны применяться не только антирезорбтивные препараты и современные сахароснижающие средства, позволяющие добиться стойкой компенсации по основным показателям углеводного обмена, но и систематическое применение меглюминовой соли тиюктовой кислоты.

НАРУШЕНИЕ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ЧЕРНЫХ Т.М., ВОЛЫНКИНА А.П., ГОРШКОВ И.П., ЗАХАРЧЕНКО А.В.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н.Бурденко, г. Воронеж

Цель. Изучить взаимосвязь нарушений метаболизма костной ткани у пациентов с нарушением функции щитовидной железы.

Материал и методы. Было выполнено сравнительное исследование 2 групп пациентов. Первая группа – 16 пациентов с манифестным тиреотоксикозом, вторая группа – 18 пациентов с впервые выявленным гипотиреозом.

Функциональное состояние щитовидной железы оценивали с помощью определения базальных концентраций тиреотропного гормона (ТТГ), свободной фракции трийодтиронина (св. Т3) и свободной фракции тироксина (св. Т4). О состоянии костного метаболизма судили по концентрации в сыворотке крови маркера костной резорбции – пиридинолина и маркеров костного формирования – остеокальцина и