

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ У БОЛЬНЫХ ЭНДОМЕТРИОЗОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ИНГИБИТОРОМ АРОМАТАЗЫ

МОЛОТКОВ А.С., ЯРМОЛИНСКАЯ М.И., ШАЛИНА М.А.

ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта», г. Санкт-Петербург

Целью гормональной терапии наружного генитального эндометриоза (НГЭ) является лишение опухолевых клеток стимулирующего влияния эстрогенов. При использовании ингибиторов ароматазы это достигается блокированием перехода андрогенов в эстрогены, что приводит к снижению уровня эстрогенов в периферической крови. В ряде исследований было показано неблагоприятное действие длительного применения ингибитора ароматазы на минеральную плотность кости и увеличение риска переломов.

Целью исследования являлась оценка влияния 6-ти месячного курса гормональной терапии с применением ингибитора ароматазы на минеральную плотность кости у больных НГЭ.

Материал и методы. В исследование были включены 75 больных НГЭ, которые в течение 6 месяцев для лечения НГЭ получали летрозол 2,5 мг в день в сочетании с линестренолом 5 мг дважды в день. Всем пациенткам до начала лечения и через 6 месяцев после его окончания проводилась двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DXA) поясничного отдела позвоночника, проксимального отдела бедренной кости и дистального отдела предплечья. Оценка минеральной плотности костной ткани (МПК) осуществлялась в регионе L1-L4, в шейке бедра, в общем показателе проксимального отдела бедренной кости и в средней трети предплечья. Остеопороз диагностировали при значениях T- и Z-критериев от -2,5 стандартных отклонений (SD) и ниже. Выраженной остеопенией считали значения T- и Z критериев от -2,2 стандартных отклонений.

Результаты. На основании результатов остеоденситометрии до начала применения ингибиторов ароматазы у 39 больных НГЭ (52,0%) показатели МПК находились в пределах нормальных значений, у 28 пациенток (37,3%) диагностирован остеопенический синдром, у 5 женщин (6,7%) выявлена выраженная остеопения поясничного отдела позвоночника и предплечья. У 3 пациенток (4,0%) снижение МПК поясничного отдела позвоночника и средней трети пред-

плечья было интерпретировано как остеопороз. Снижения МПК в проксимальных отделах бедра выявлено не было. С профилактической целью на фоне применения ингибиторов ароматазы всем женщинам назначались препараты кальция в сочетании с витамином D3. Больные с остеопорозом и выраженной остеопенией во время проведения гормональной терапии НГЭ получали бисфосфонаты (ибандронат) на период от 4 до 6 месяцев. На основании результатов повторных остеоденситометрий было установлено, что у женщин с исходными значениями МПК, находящимися в пределах нормы, применение ингибиторов ароматазы на фоне ежедневного применения комбинированных препаратов кальция 1000 мг (в виде цитратной и карбонатной солей) с витамином D3 400 МЕ не сопровождалось снижением данных показателей. В группе пациенток, получавших ингибиторы ароматазы и антирезорбтивную терапию, отмечена положительная динамика: до лечения среднее значение МПК поясничного отдела позвоночника составило $0,819 \pm 0,063$ г/см², после лечения – $0,849 \pm 0,072$ г/см² ($p < 0,05$); среднее значение МПК предплечья до лечения составило $0,611 \pm 0,054$ г/см², после лечения – $0,629 \pm 0,059$ г/см² ($p < 0,01$). Средний прирост МПК составил $+3,5 \pm 3,0\%$ в поясничном отделе позвоночника и $+2,9 \pm 2,4\%$ – в средней трети предплечья.

Выводы. Выявляемое с такой частотой снижение минеральной плотности кости у больных НГЭ, диктует необходимость включить двухэнергетическую рентгеновскую абсорбциометрию в алгоритм обследования больных с эндометриозом, имеющих факторы риска остеопении и остеопороза. Для предупреждения возможного негативного влияния ингибитора ароматазы на МПК, прием летрозола целесообразно сочетать с комбинированными препаратами кальция, витамином D3 и остеотропными микроэлементами. При наличии у больной остеопороза на фоне терапии ингибитором ароматазы целесообразно применять антирезорбтивные препараты из группы бисфосфонатов.

ПЕРЕНОСИМОСТЬ ТЕРАПИИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА ЗОЛЕДРОНОВОЙ КИСЛОТОЙ

ЯКУШЕВСКАЯ О.В., КУЗНЕЦОВ С. Ю., ЮРЕНЕВА С.В.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» МЗ РФ, г. Москва

Цель: провести анализ переносимости терапии золедроновой кислотой у постменопаузальных женщин с остеопорозом.

Материал и методы. В открытое проспективное исследование в течение 36 месяцев были включены женщины с постменопаузальным остеопорозом, получающие терапию золедроновой кислотой (n=225). Проводились оценка соматического статуса, лабораторные и инструментальные исследования (клинический анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, биохимические маркеры костного ремоделирования (БМКР) сыворотки крови: В-CrossLaps – маркер резорбции, остеокальцин – маркер костеобразования, остеоденситометрия (двухэнергетическая

рентгеновская абсорбциометрия) определение минеральной плотности кости (МПК) в поясничном отделе позвоночника (L1-L4) и шейке бедра (Neck).

Результаты. 225 женщин с диагностированным постменопаузальным остеопорозом, получали антирезорбтивную терапию золедроновой кислотой (ЗК) (5 мг, в/в, капельно, 1 раз в год). Дополнительно из этой когорты были сформированы подгруппы женщин, которым проводили в/в инфузию во второй (n=90) и в третий (n=30) раз. Медиана возраста обследованных составила 59 (54-66) лет.

Наиболее частыми нежелательными являются симптомы реакции острой фазы: гриппоподобный синдром, костно-мышечные проявления, гипертермия, слабость. Причем,