

у всех пациенток СРОФ развились, через 12-24 часа после инфузии ЗК.

В день проведения внутривенной инфузии и последующие 2 дня 48,9% (n=110) пациенткам проводили профилактику реакции острой фазы (РОФ) парацетамолом по схеме: 1000 мг х 3 р/д, 3 дня. Среди тех, кому не проводили профилактику, РОФ развилась у 65,3% (n=75) и у 34,7% (n=40) пациенток нежелательных явлений отмечено не было. В общей сумме, у 48,4% (n=109) пациенток были зафиксированы симптомы реакции острой фазы различной тяжести. В структуре РОФ преобладали слабость-26%, озноб – 23,4%, боли в костях и мышцах – 28,4%, гипертермия – 20,9%. Продолжительность симптомов РОФ у пациенток без профилактики СРОФ до 3 дней отмечена у 68% (n=51), 3-7 дней у 25,3% (n=19), более 7 дней у 6,7% (n=5). У большинства пациенток без профилактики (77,3%) отмечалась легкая степень тяжести симптомов, 2-средняя степень тяжести диагностирована у 16% (n=12) пациенток и 3-тяжелая степень проявлений РОФ была отмечена у 6,7% (n=5).

Симптомы РОФ (СРОФ) на фоне профилактики развивались в 1,7 раз реже и отмечались у 39% (n=43) пациенток. У пациенток, которым проводили профилактику, про-

должительность СРОФ до 3 дней, наблюдалась у 67,4% (n=29) и 3-7 дней у 32,6% (n=14). После проведения профилактики нами была зарегистрирована в основном легкая 62,8% (n=27) и умеренная степень тяжести СРОФ – 34,9% (n=15). Тяжелая степень РОФ отмечена только у 1 пациентки (2,3%). В структуре РОФ преобладали слабость, озноб, боли в костях и мышцах, гипертермия (p<0,05).

После 2 и 3 инфузии ЗК профилактику симптомов РОФ не проводили. РОФ с отмеченным уменьшением количества симптомов была отмечена у 27,9% (n=26) после 2-ой и у 6,6% (n=2) из 30 пациенток после 3-ей инфузии (p<0,05), в основном легкой степени тяжести и длительностью не более 3 дней.

Заключение. Терапия золедроновой кислотой сопровождалась развитием нежелательных явлений в виде гриппоподобного синдрома, скелетно-мышечных проявлений и гипертермии. На фоне профилактики парацетамолом нежелательные явления развивались в 1,7 раза реже, уменьшалось количество симптомов, снижалась продолжительность и степень тяжести СРОФ. Нежелательные явления не влияли на эффективность антирезорбтивной терапии.

ОСТЕОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОК С ОВАРИОЭКТОМИЕЙ

ЗАЙДИЕВА Я.З., СТАШУК Г.А., КРУЧИННИНА Е.В., ГОРЕНКОВА О.С., ПОЛЯКОВА Е.Ю.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии». г. Москва

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт» им. М. Ф. Владимирского, г. Москва

Цель. Оценка состояния минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у больных с овариоэктомией, проживающих в Московской области.

Материал и методы. Оценка состояния МПКТ проведена в поясничном отделе L1-L4 и в шейке бедра на аппарате ДЭРА серии QDR APEX 20 модель Discoveri A, производства фирмы «Hologic» (США) у 70 пациенток (48±1,2 лет). Проведено исследование витамина Д.

Результаты. На основании данных ДЭРА на этапе скрининга все пациентки разделены на две группы: 1 группа – 24 (34%) пациентки (с остеопенией 22 (92%) женщин и остеопорозом 2 (8%)); 2 группа – 46 (66%) женщин с нормальными показателями МПКТ. По результатам ДЭРА в 1 группе МПКТ в поясничном отделе позвоночника исходно была ниже, чем в шейке бедра: Т-критерий L1-L4 = -1,5±0,2 и Т-критерий в шейке бедра = -1,1±0,3. У 3 пациенток 1 группы остеопенический синдром был ассоциирован с переломами: в 2 случаях – лучевой кости, в 1 – малоберцовой кости. Во 2 группе значения Т-критерия L1-L4 колебались от 0,3 до 2,2, а Т-критерия в шейке бедра от 0,4 до 2,0. Пациентки 1 группы получали непрерывный комбинированный режим или монотерапию МГТ (17β-эстрадиол 1мг+дидрогестерон 5мг или эстрадиол гемигидрат-гель 1г) и дотацию препаратами кальция (кальций Д3Никомед 1000мг/сут). Из них 5 пациенток (24%) получали МГТ, 13 (62%) пациенток МГТ в комбинации с препаратами кальция и 3 (14%) пациентки получали препараты кальция. Во 2 группе 28 (56%) сравнения МГТ пациентки получали с целью лечения синдрома постовариоэктомии средней сте-

пени тяжести и профилактики остеопенического синдрома: 18 (39%) пациенток получали МГТ в сочетании с препаратами кальция, 10 пациенток (22%) – МГТ и 18 (39%) больных, отказавшиеся от МГТ, получали фитоэстрогены в сочетании с препаратами кальция. При динамическом контроле через год прирост МПКТ по данным ДЭРА на фоне проводимой терапии в 1А и 1В группах составил 1,8% от исходного уровня, и лишь у 1 пациентки с остеопенией отмечено снижение МПКТ на 3,7%, что потребовало применение бисфосфонатов. Показатели МПКТ у больных 2 группы оставались в пределах нормы.

В данной работе среди 70 обследуемых у 28 (40%) пациенток обеих групп: 13 (46%) женщин 1-ой группы и 15 (54%) женщин 2-ой группы определялся уровень 25ОНvitD в крови. В 1 группе среди пациенток у 1 выявлен нормальный уровень показателя, у 6 больных – недостаток 25ОН vitD, в среднем 24,8 нг/мл (норма 30-80 нг/мл), у 6 пациенток – дефицит витамина Д (менее 20 нг/мл). Во 2 группе – у 8 из 15 женщин выявлен недостаток 25ОНvitD (от 12 до 30 нг/мл), у 4 пациенток нормальные показатели и 3 – дефицит 25ОНvitD (менее 12 нг/мл). Всем пациенткам с дефицитом 25ОНvitD назначена дотация препаратами витамина группы Д.

Выводы. Исследования позволили пациенток с овариоэктомией, проживающих в Московской области, отнести к группе риска по возникновению остеопенического синдрома. У пациенток с овариоэктомией и остеопеническим синдромом МГТ в комбинации с препаратами кальция или без способствует приросту МПКТ.