

Результаты. Увеличение МПК в L1-4 в абсолютных значениях было достоверным (критерий Ньюмена-Кейсли) на 1-ом, 3-ем и 5-ом годах ($p < 0.005$) лечения и составляло соответственно 1,19%, 0,95%, 2,16%. На 2 и 4 годах лечения прирост МПК оказался недостоверным. В шейке бедра достоверное увеличение МПК отмечено на 3 и 5 годах лечения, соответственно 1,46% и 2,1%. Парные сравнения по годам показали, что эффективность лечения увеличивается с его продолжительностью. При анализе рентгенограмм позвоночного столба, выполненных в динамике за 5 лет наблюдения, выявлены 3 новых переломов, которые имели место на первом и на 2-ом годах лечения. На первом году лечения

2 новых перелома (периферических костей скелета, один из которых – пяточная кость) выявлены у одного пациента после высокоэнергетической травмы.

Заключение. Эффективность альфакальцидола при первичных формах системного остеопороза (с низкой и нормальной интенсивностью ремоделирования) у мужчин увеличивается с продолжительностью лечения, а индивидуальный подбор дозы препарата и мониторинг показателей кальция крови и мочи 1 раз в 3 месяца на первом году лечения и один раз в 6 месяцев в последующие годы исключает возможность гиперкальциемии и камнеобразования в почках.

ДИНАМИКА ПРИРОСТА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ В ТЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА БИСФОСФОНАТОВ У ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ И ИНВОЛЮТИВНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ

РУДЕНКО Э.В.¹, МАСЛО А.Ю.¹, САМОХОВЕЦ О.Ю.²

¹Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

²Минский городской центр остеопороза и болезней костно-мышечной системы, Минск, Беларусь

Цель исследования: оценить динамику МПК в позвоночнике и проксимальных отделах бедренных костей при условии приема бисфосфонатов (БФ) в течение 5-8 лет с учетом приверженности к лечению.

Материал и методы. В ретроспективном исследовании проанализированы амбулаторные карты 60 женщин в возрасте от 60 до 80 лет с диагнозом постменопаузальный и инволютивный остеопороз, верифицированный методом двойной рентгеновской абсорбциометрии (ДРА), с продолжительностью приема БФ 5-8 лет по стандартным схемам на фоне постоянного приема 1000 мг кальция и 900 МЕ витамина Д.

По длительности лечения сформированы следующие группы: 10 женщин с длительностью лечения 5 лет; 17 женщин с длительностью лечения 6 лет; 12 женщин с длительностью лечения 7 лет; 21 женщина с длительностью лечения 8 лет. В каждой группе выделены две категории пациенток: с высокой и с низкой приверженностью к лечению. Степень приверженности рассчитывалась с помощью MPR (Medication Possession Ratio – индекс использования препарата).

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы STATISTICA 6.0 (StatSoft, США). В расчетах применялись непараметрические методы. Критическим уровнем значимости при проверке статистических гипотез принималось значение $p < 0,05$.

Результаты. В результате пятилетнего приема БФ в группе с высокой приверженностью к лечению МПК в поясничном отделе позвоночника (L1-L4) достоверно возросла с 0,782 [0,714;0,808] г/см² до лечения и 0,900 [0,840;0,980] г/см² после лечения, при $p=0,041$; в ПОПБ (проксимальных отделах правого бедра) с 0,858 [0,802;0,975] г/см² до лечения и 0,902 [0,880;0,994] г/см² после лечения, при $p=0,041$; в ПОЛБ (проксимальных отделах левого бедра) с 0,837 [0,832;0,946] г/

см² до лечения и 0,897 [0,870;0,978] г/см² после лечения, при $p=0,041$. В группе с низкой приверженностью наблюдается стабилизация процесса, но достоверного прироста МПК не отмечается. Прирост МПК в L1-L4 составил +0,029 г/см², при $p=0,133$, в ПОПБ – +0,019 г/см², при $p=0,617$, в ПОЛБ – +0,023 г/см², при $p=0,617$.

В результате шестилетнего приема БФ в группе пациенток с MPR > 80% наблюдается следующая динамика МПК: 0,775 [0,736;0,795] г/см² до лечения и 0,891 [0,859;0,974] г/см² после лечения в L1-L4, при $p=0,023$; 0,781 [0,666;0,856] г/см² до лечения и 0,808 [0,712;0,882] г/см² после лечения в ПОПБ; 0,735 [0,607;0,798] г/см² до лечения и 0,800 [0,787;0,841] г/см² после лечения в ПОЛБ, при $p=0,041$. В группе с MPR < 80% также отмечается достоверный прирост МПК +0,058 г/см², при $p=0,004$ в L1-L4, +0,011 г/см², при $p=0,034$ в ПОПБ. В ПОЛБ динамика МПК не достоверна $p=0,451$.

При высокой приверженности к лечению в течение 7 лет прирост МПК в L1-L4 составил +0,127 г/см², при $p=0,023$, в ПОПБ – +0,063 г/см², при $p=0,023$; в ПОЛБ наблюдается стабилизация процесса, но прирост был недостоверен ($p=0,130$). В группе с низкой приверженностью достоверных различий не получено ($p=0,371$).

В результате 8 лет лечения наблюдается положительный рост МПК всех исследуемых отделов в группе пациенток с высокой приверженностью (в L1-L4 – +0,094 г/см², при $p=0,0001$; в ПОПБ – +0,076 г/см², при $p=0,005$; в ПОЛБ – +0,031 г/см², при $p=0,009$). В группе с низкой приверженностью прирост МПК не был достоверен во всех исследуемых отделах.

Выводы. При длительном и строгом соблюдении режима приема БФ отмечается значительный прирост МПК в позвоночнике и проксимальных отделах бедренных костей.