

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЗОЛЕДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ (РЕЗОКЛАСТИН) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

ШАФИЕВА И.А., БУЛГАКОВА С.В.

ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Самара

Золедроновая кислота – препарат антирезорбтивного действия для лечения системного остеопороза (ОП).

Цель: изучить переносимость препарата золедроновой кислоты (резокластин), его влияние на показатели минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у больных с системным ОП в течение через 1 год после применения.

Материал и методы. Исследование проводилось в Самарском областном межведомственном центре профилактики остеопороза. МПКТ определялась методом двухэнергетической рентгеновской денситометрии (DEXA). Группу наблюдения составили 29 пациенток в постменопаузе (не менее 5 лет) с впервые выявленным тяжелым постменопаузальным ОП (средний возраст – $62,41 \pm 1,26$ лет) с одним или несколькими переломами в анамнезе. Золедроновая кислота вводилась внутривенно согласно инструкции однократно. Дополнительно все пациентки принимали кальций 1000 мг и витамин Д3 800 МЕ ежедневно.

Результаты. Через 3 месяца лечения 92% пациенток отметили улучшение общего самочувствия и снижение интенсивности боли в спине, определяемых по пятибалльной шкале с $4,4 \pm 0,6$ до $2,1 \pm 0,4$ ($p < 0,05$). Через 12 месяцев по результатам DEXA прирост МПКТ шейки бедра составил 2,6% ($p < 0,05$), тел позвонков – 8,7% ($p < 0,05$). Снижения МПКТ, повторных переломов выявлено не было. Побочные эффекты: повышение температуры тела, гриппоподобное состояние, миалгии, артралгии наблюдались у 4 пациенток и были купированы в течение 3-4 дней приемом нестероидных противовоспалительных препаратов.

Выводы. Таким образом, минимум побочных эффектов, существенное снижение болевого синдрома через 3 месяца лечения, значимый прирост костной плотности шейки бедра и тел позвонков через 12 месяцев делают золедронат (резокластин) препаратом выбора для лечения постменопаузального ОП у женщин пожилого возраста.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПЕРЕНОСИМОСТИ ПРЕПАРАТОВ ЗОЛЕДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ

БЕЗЛЮДНАЯ Н.В.¹, БАШКОВА И.Б.^{1,2}, КИСЕЛЕВА И.Н.³, ЧЕРКАСОВА И.В.¹, КАДЫРОВА Л.Р.⁴

¹ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» МЗ РФ, г. Чебоксары

²ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», г. Чебоксары

³БУ «Республиканский эндокринологический диспансер» МЗ ЧР, г. Чебоксары

⁴ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», г. Казань

Несмотря на высокую распространенность и социально-экономическую значимость остеопороза (ОП), в России больные ОП в большинстве случаев не получают бесплатного лекарственного обеспечения, что в свою очередь приводит к нерегулярному приему лекарственных препаратов и низкой эффективности терапии ОП. В связи с доступностью и оптимальным соотношением стоимости и эффективности, для лечения ОП широко применяются дженерики бисфосфонатов (БФ). Однако описана проблема применения дженериков в виде повышения частоты побочных реакций, что сопровождается низкой приверженностью к лечению и неэффективностью терапии. Большой интерес представляет российский дженерик золедроновой кислоты Резокластин® ФС (ЗАО «Ф-синтез», Россия) в дозе 5 мг как препарат с наименьшей кратностью приема, отсутствием влияния на верхние отделы желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и доступной ценовой категорией, в сравнении с оригинальным внутривенным БФ (Аккласта®, «Novartis Pharma», Швейцария).

Цель: изучить сравнительную переносимость терапии дженериком золедроновой кислоты с оригинальным препаратом, и определить профиль пациента для назначения терапии препаратом Резокластин ФС.

Материал и методы. В период с 2013 г. по март 2016 г. в условиях процедурного кабинета поликлиники Федерального центра травматологии, ортопедии и эндопротезирова-

ния (г. Чебоксары) проведены внутривенные инфузии Резокластин® ФС 5 мг (I группа) 74 пациентам (из них 2 мужчин), препарат Аккласта (II группа) получили 52 чел (из них 1 мужчина). В подавляющем большинстве случаев золедроновая кислота вводилась с целью лечения ОП, в 5 случаях – с профилактической целью лицам с высоким абсолютным 10-летним риском развития переломов и в 2 случаях – пациентам с костной болезнью Педжета. Пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту (средний возраст пациентов I группы составил $63,8 \pm 8,1$ г. (здесь и далее $M \pm \delta$), II группы – $61,9 \pm 7,8$ г., $p = 0,21$), длительности менопаузы у женщин ($16,4 \pm 7,4$ г. и $14,8 \pm 7,5$ г. соответственно, $p = 0,23$), индексу массы тела (ИМТ) ($26,7 \pm 5,1$ кг/м² и $26,2 \pm 9,3$ кг/м² соответственно, $p = 0,88$), значениям минеральной плотности кости (МПК) («Т-критерий» в поясничных позвонках $-2,8 \pm 1,2$ SD и $-2,6 \pm 1,1$ SD соответственно, $p = 0,26$; «Т-критерий» в проксимальном отделе бедра $-2,4 \pm 0,8$ SD и $-2,3 \pm 0,9$ SD соответственно, $p = 0,86$) и наличию переломов. ОП с низкоэнергетическими переломами был установлен у 56,8% пациентов I группы и 42,3% больных II группы ($\chi^2 = 0,11$). Патология верхних отделов ЖКТ встречалась у 37,8% и 42,3% пациентов соответственно ($\chi^2 = 0,61$).

Результаты. Путем телефонного опроса собирались сведения о нежелательных явлениях (НЯ) в течение 1-2 нед после введения препаратов золедроновой кислоты, на этапе катмнеза через 1 год оценивалась динамика лабораторно-