

инструментальных данных, в т.ч. МПК. НЯ встречались в обеих группах: в I группе – у 36 чел (48,6%), во II – у 28 чел (53,8%) ($p\chi^2=0,57$). Повышение температуры тела (лихорадка) отмечалось у 23 (31,1%) пациентов, получивших инфузию Резокластина ФС, сохранявшееся в среднем $1,7\pm 1,2$ дня, причем фебрильная температура наблюдалась у 11 чел. У 22 (42,3%) пациентов, которым вводился препарат Акласта, наблюдались НЯ в виде лихорадки со средней длительностью $2,2\pm 1,3$ дня (фебрильная температура – у 10 чел). Количество НЯ в виде миалгий, артралгий было сопоставимо в двух группах – у 24 (32,4%) и 18 чел (34,6%) соответственно ($p\chi^2=0,79$). Причем НЯ в I группе развивались чаще у пациенток моложе 65 лет ($p\chi^2<0,001$), с ИМТ более 25 кг/м^2 ($p\chi^2=0,03$) и в случае предшествующего приема других БФ

($p\chi^2<0,001$). При введении оригинального препарата золедроновой кислоты НЯ также достоверно чаще встречались у пациенток моложе 65 лет ($p\chi^2=0,04$), зависимости же от ИМТ и предшествующего приема БФ не получено. Прирост МПК через 1 год терапии в I группе составил $4,4\pm 4,8\%$, во II группе – $6,4\pm 5,8\%$ ($p=0,28$).

Выводы. Переносимость российского дженерика золедроновой кислоты Резокластина® ФС в дозе 5 мг сопоставима с оригинальным препаратом Акласта®. Резокластин ФС можно рассматривать как препарат выбора у пациенток в возрасте старше 65 лет, имеющих ИМТ менее 25 кг/м^2 и без предшествующего приема БФ. В этом случае частота возникновения и степень выраженности НЯ значительно меньше.

ПРОБЛЕМА «НЕОТВЕТЧИКОВ» НА ЛЕЧЕНИЕ ЗОЛЕДРОНОВОЙ КИСЛОТОЙ

РОДИОНОВА С.С., БУКЛЕМИШЕВ Ю.В.

ФГБУ «ЦИТО им Н.Н.Прирова» Минздрава России, г. Москва

Критерием назначения золедроновой кислоты пациентам с постменопаузальной и сенильной формами остеопороза, как и других БФ, является высокий уровень маркеров резорбции, однако часть пациентов, даже в этом случае не отвечает на проводимое лечение.

Цель. Оценить возможность прогнозирования эффективности золедроновой кислоты при ее назначении пациентам с остеопорозом.

Материал и методы. В открытое проспективное исследование включено 108 пациенток с постменопаузальной и сенильной формами системного остеопороза, которым однократно внутривенно вводилось 5 мг золедроновой кислоты. Критерием назначения золедроновой кислоты был высокий уровень маркера резорбции (дезоксипиридинолин утренней мочи) и отсутствие выраженного нарушения функции почек (клиренс креатинина не менее 35 мл/мин). Перед введением препарата и спустя год больным выполнялась денситометрия L1-L4 (LUNAR ProTigry), рентгенограммы позвоночника, исследовались показатели гомеостаза кальция (общий и ионизированный кальций крови, паратиреоидный гормон, кальций суточной мочи), маркеры костеобразования (щелочная фосфатаза, остеокальцин), маркер резорбции (ДПИД). Все

пациенты в течение 1 года получали альфакальцидол в дозе 0,5-0,75 мкг и карбонат кальция в суточной дозе 1200 мг.

Результаты. Проведенное исследование, подтвердило существование проблемы «неответчиков» при назначении препарата: 15,7% наблюдаемых пациентов продолжали терять МПК. У «неответчиков» не удалось выявить каких-либо существенных различий исходных отклонений маркеров резорбции и костеобразования, особенностей нарушения гомеостаза кальция. В то же время, отмечена связь прироста МПК с сохранением выраженности снижения маркера резорбции (ДПИД) и маркера костеобразования (остеокальцин) к 12 месяцу от введения препарата, что свидетельствовало о целесообразности создания прогностической модели.

Заключение. С помощью дискриминантного анализа и использованием таких факторов как, возраст, исходные показатели – щелочной фосфатазы, кальция крови, а также данные денситометрии, включая абсолютные значения и данные Т-критерия в L1-4, и показатели оценки МПК шейки бедра в 78,6% случаев (чувствительность метода) можно выделить больных с возможным отрицательным эффектом лечения, а в 82,2% случаев (специфичность метода) – пациенток с положительным эффектом лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИРЕЗОРБТИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕННЫМ КОСТНЫМ МЕТАБОЛИЗМОМ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ АРТРОПЛАСТИКИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

ГАФАРОВ И.Р., ЯКУПОВ Р.Р., НИЗАМОВА Э.И.

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа
Республиканский центр профилактики и лечения остеопороза, г. Уфа

В последние десятилетия артропластика тазобедренного сустава является одной из ведущей технологий лечения пациентов с повреждениями и заболеваниями крупных суставов, однако данная технология сопряжена с осложнениями, к сожалению, введенный имплантат не всегда функционирует достаточно долго из-за несостоятельности. У большинства пациентов перед оперативным лечением костный метабо-

лизм находится в состоянии дефицита, что может повлиять на результаты артропластики в непосредственном так и в отдаленном периоде. Многочисленные публикации по коррекции костного метаболизма после артропластики тазобедренного сустава весьма неоднозначны и требуют дальнейших наблюдений.