

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.Приорова» 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 Prodigy), 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 ведущих 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.

В связи с этим целью нашего исследования является улучшение результатов артропластики тазобедренного сустава у пациентов с нарушенным костным метаболизмом.

Материал и методы. Были исследованы 108 пациентов женского пола с односторонним остеоартрозом тазобедренного сустава III-IV стадий, в возрасте 60-68 лет, которым предстояло оперативное лечение, на дооперационном этапе пациенты были рандомизированы на три группы: основная и две сопоставимые группы. Пациентам основной группы ($n=31$) до операции был проведен курс превентивной антирезорбтивной терапии, пациентам первой сопоставимой группы ($n=37$) до операции были назначены препараты кальция и активные метаболиты витамина Д₃, согласно рекомендациям РАОП 2013 г, пациентам второй сопоставимой группы ($n=32$) в аналогичных дозировках коррекция была проведена после операции. Все пациенты в течении 6 месяцев после операции получали препараты кальция и витамин Д₃. Критерием включения пациентов было наличие деструктивно-дистрофического заболевания тазобедренного сустава в III-IV стадий и рентгенденситометрическая картина остеопенического синдрома по Т – критерию в диапазоне от -1 до -2,4 SD, для анализа использовалась шейка бедренной кости и весь проксимальный отдел интактной бедренной кости, которые оценивались с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA) «Hologic discovery W» (США) в последующем оценка измерений осуществлялась на 6 и 12 месяце после операций. У всех пациентов оценивалась функциональное состояние и двигательная активность с помощью модифицированной шкалы Харриса. Полученные результаты оценивались при помощи корреляционного анализа.

Результаты. Приведенный корреляционный анализ на этапе 6 месяца после операции выявил значительную положительную связь физического компонента качества жизни с

минеральной плотностью костной ткани интактной бедренной кости у пациентов основной группы ($r=0,412$), при этом коэффициент корреляции к 12 месяцу после операции имел тенденцию к увеличению ($r=0,637$). В первой сопоставимой группе корреляционная связь между параметрами МПКТ и показателями качества жизни имели отрицательные значения на этапе 6-го месяца ($r=-0,108$), средние значения шкалы Харриса по группе составили $83,5 \pm 3,5$ SD; МПКТ по Т – критерию Total hip $-1,5 \pm 0,8$ SD и Т – критерию Total neck $-1,8 \pm 0,75$ SD, на 12 месяце показатель физического компонента увеличился на 6,1% и МПКТ на 1,9%. У пациентов второй сопоставимой группы корреляционная связь на 6 месяце имела слабоотрицательное значение ($r=-0,186$), средние значения шкалы Харриса по группе составили $81,5 \pm 4,5$ SD; МПКТ по Т – критерию Total hip $-1,6 \pm 0,7$ SD и Т – критерию Total neck $-2,1 \pm 0,37$ SD, к концу 12 месяца после операции корреляционная связь был слабоположительная ($r=0,107$), показатели МПКТ увеличились на 1,3%, физический компонент на 4,6%.

Выводы. Таким образом, эффективное восстановление пациентов после артропластики тазобедренного сустава наблюдалось в основной группе, где была использована превентивная антирезорбтивная терапия с последующим восполнением кальция, что подтверждалось положительной взаимосвязью физического компонента качества жизни с МПКТ интактной конечности. В сопоставимых группах восстановление качества жизни и МПКТ отмечено, только к концу первого года клинических наблюдений. Полученные результаты свидетельствовали, что использование патогенетической терапии на этапе планирования к хирургическому лечению у пациентов с нарушенным костным метаболизмом является наиболее целесообразным и эффективным методом коррекции.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕНОСУМАБА В ЛЕЧЕНИИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА

ШАЛИНА М.А., ЯРМОЛИНСКАЯ М.И.

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

Проблема медикаментозной терапии остеопороза по-прежнему остается актуальной. Открытие системы RANKL/RANK/OPG позволило рассчитывать на преодоление недостатков существующих схем лечения постменопаузального остеопороза (ПМО). Деносумаб является человеческим рекомбинантным моноклональным антителом к RANKL, влияющим на процессы активации и выживаемости остеокластов.

Цель. Оценить состояние минеральной плотности костной ткани (МПК) аксиального скелета пациенток с ПМО на фоне терапии Деносумабом в течение года. Оценить уровень маркеров костного метаболизма, качество жизни и переносимость терапии.

Материал и методы. Обследована 31 женщина с диагнозом ПМО в возрасте от 46 до 70 лет ($57,2 \pm 1,4$ года). Возраст наступления менопаузы в среднем составил $46,7 \pm 0,9$ года, у 8 женщин наблюдалась ранняя или преждевременная менопауза. У 9 пациенток выявлен семейный анамнез ПМО, 2 женщины имели дефицит массы тела, у 6 больных – низкоэнергетические переломы различных локализаций. 8 женщин имели заболевания желудочно-кишечного тракта. Ранее 11 больных использовали для лечения ПМО бисфосфонаты, поводом для изменения терапии явились недостаточная эффективность или плохая переносимость терапии.

Определение МПК проводилось методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (Hologic Discovery)

в начале исследования и через 12 месяцев лечения. Оценка боли в спине проводилась по данным опросника. Деносумаб (Пролиа) вводился подкожно каждые 6 месяцев в форме 1 мл раствора в дозе 60 мг. Пациентки получили 2 инъекции на фоне ежедневного применения препаратов кальция и витамина Д.

Результаты. Остеопороз поясничного отдела позвоночника выявлен у 13 женщин, бедра – у 7, остеопороз обеих локализаций – у 11 больных. Уровень ионизированного кальция в среднем составил $1,14 \pm 0,02$ ммоль/л, 25-гидроксивитамина Д – $26,8 \pm 2,5$ нг/мл, остеокальцина – $22,7 \pm 1,8$ нг/мл, паратиреоидного гормона – $44,5 \pm 4,7$ пг/мл, уровень креатинина был в норме у всех обследованных. Через 12 месяцев, после 2 инъекций препарата, у большинства женщин выявлен прирост МПК в поясничном отделе позвоночника (от 0,2% до 11,5%). Наибольший прирост МПК наблюдался у женщин, не получавших ранее терапию остеопороза. В среднем BMD (L1-L4) до лечения и после составил $0,772 \pm 0,014$ г/см² и $0,807 \pm 0,010$ г/см², соответственно ($p < 0,05$). Процент прироста МПК в проксимальных отделах бедра был ниже, чем в позвоночнике, и не превышал 5,1%, у большинства женщин изменения МПК в этой зоне отсутствовали или были недостоверными. BMD шейки бедра до лечения составила $0,589 \pm 0,013$ г/см², после лечения – $0,596 \pm 0,012$ г/см² ($p > 0,05$). Уровень маркера резорбции костной ткани Ctx существенно снизился через 3 месяца после 1-ой инъ-