

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 пациенток женского пола с односторонним остеоартрозом тазобедренного сустава III-IV стадий, в возрасте 60-68 лет, которым предстояло оперативное лечение, на дооперационном этапе пациентки были рандомизированы на три группы: основную 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 пациентки в течении 6 месяцев после операции получали препараты кальция и витамин Д₃. Критерием включения пациенток было наличие деструктивно-дистрофического заболевания тазобедренного сустава в III-IV стадий и рентгенденситометрическая картина остеопенического синдрома по T – 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 пациенток 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 пациенток 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 балла $\pm 3,5$ SD; МПКТ по T – критерию Total hip $-1,5 \pm 0,8$ SD и T – 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 пациенток второй сопоставимой группы корреляционная связь на 6 месяце имела слабоотрицательное значение ($r=-0,186$), средние значения шкалы Харриса по группе составили 81,5 балла $\pm 4,5$ SD; МПКТ по T – критерию Total hip $-1,6 \pm 0,7$ SD и T – 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 пациенток 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 пациенток 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 Сtx существенно снизился через 3 месяца после 1-ой инъ-

екции (до лечения $0,381 \pm 0,035$ нг/мл и $0,250 \pm 0,040$ нг/мл после лечения ($p < 0,05$). Жалобы на боли в поясничной области в начале исследования предъявляли 19 женщин, через 6 месяцев болевой синдром сохранялся у 11 женщин, через 12 месяцев – только у 5 пациенток. Новых переломов за время лечения не выявлено

Заключение. Препарат Пролиа (Деносуаб) характеризуется высокой эффективностью в лечении остеопороза,

снижении риска переломов и уменьшении болевого синдрома. Положительная динамика наиболее выражена в поясничном отделе позвоночника. Наибольший прирост МПК отмечен у женщин с изначально более низкой МПК, не получавших ранее антирезорбтивную терапию. Для получения дальнейшего прироста МПК целесообразно продолжать проводимую терапию.

СНИЖЕНИЕ ИНТЕНСИВНОСТИ КОСТЕОБРАЗОВАНИЯ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА БИФОСФОНАТОВ

ШУМСКИЙ А.А., РОДИОНОВА С.С.

ФГБУ «ЦИТО им. Н.Н. Приорова» Минздрав РФ, г. Москва

Сегодня бисфосфонаты широко применяются в лечении различных заболеваний костей (системный остеопороз, асептические некрозы, опухолевые поражения, и т.д.). Терапевтический эффект достигается значительным снижением костной резорбции, но к сожалению, при длительном бесконтрольном применении возникают серьезные осложнения – атипичные переломы костей скелета, связанные со снижением интенсивности костеобразования.

Целью исследования являлась оценка динамики маркеров костеобразования при длительном применении бисфосфонатов.

Материал и методы. В течение 3 лет мы наблюдали 50 пациентов получавших ибандронат 3 мг/3мл 1 раз в 3 месяца (12-15 месяцев), альфакальцидол и препараты кальция весь срок наблюдения. Каждые 3 месяца контролировались маркеры костеобразования (остеокальцин, щелочная фосфатаза).

Результаты. Исходный уровень остеокальцина и щелочной фосфатазы был в пределах референсных значений.

Начиная с 9 месяца терапии бисфосфонатами у 100% пациентов мы зафиксировали снижение интенсивности костеобразования. Средний уровень остеокальцина снизился на 40%, причем у 60% (30 больных) он снизился ниже уровня референсных значений. Снижения среднего уровня щелочной фосфатазы составило 31% от исходного.

Через 6 месяцев после отмены ибандроната, но продолжающемся приеме альфакальцидола и кальция, маркеры костеобразования нормализовались у всех пациентов, но оставались ниже исходного уровня.

Заключение. Большое количество публикаций посвященных осложнениям длительного применения бисфосфонатов, по нашему мнению, связано с бездумным назначением этих препаратов. Бесконтрольное применение и монотерапия (без активных метаболитов или витамина Д, а также кальция) дискредитируют важнейшую группу антирезорбтивных веществ. Мониторинг уровней остеокальцина и/или щелочной фосфатазы необходимо для своевременной остановки терапии и предотвращения осложнений.