

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.