

летальность оказалась более высокой и составила 22,0% (11 случаев). У 5 пациенток причиной смерти явился кардиогенный шок, у 6 – разрыв миокарда левого желудочка.

Сроки начала ТЛТ существенно не различались и составили $3,4 \pm 0,2$ часа у мужчин и $3,8 \pm 0,3$ часа у женщин. ТЛТ оказалась эффективной у 79 мужчин (91,9%) и у 46 женщин (92,0%). В 11 случаях (8,1%) признаков реперфузии миокарда на ЭКГ не отмечено. Ни в одном случае не зафиксированы жизненно важные геморрагические осложнения.

Таким образом, острый инфаркт миокарда у женщин более чем в половине случаев локализуется в нижней стенке левого желудочка и протекает

на фоне артериальной гипертонии, сахарного диабета и дислипидемии. У мужчин зона некроза миокарда одинаково часто распространяется на переднюю и нижнюю стенки, коморбидными инфаркту состояниями являются артериальная гипертония и хроническая сердечная недостаточность.

Течение острого инфаркта миокарда у женщин характеризуется более высокой по сравнению с мужчинами частотой развития летального исхода, в том числе вследствие разрыва миокарда левого желудочка.

Своевременно проведенная ТЛТ одинаково эффективна и безопасна как у мужчин, так у женщин.

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ОЖИРЕНИЯ И ЕГО ТИПА

**Карманова В. Б.,
Мясоедова С. Е.**

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Остеопороз занимает четвертое место по распространенности среди неинфекционных заболеваний. Доля постменопаузального остеопороза составляет 85% в общей структуре данной патологии. В настоящее время остается недостаточно изученным вопрос об изменениях минеральной плотности кости (МПК) у женщин с ожирением и признаками метаболического синдрома.

Цель работы – представить характеристику МПК у женщин в периоде постменопаузы с учетом наличия ожирения и его типа.

Обследованы 65 женщин 50–65 лет, обратившихся на консультативно-диагностический прием в клинику ИвГМА. Из исследования исключались лица с вторичным остеопорозом, синдромом мальабсорбции, гастрэктомией, овариэктомией, синдромом длительной иммобилизации, получавшие заместительную гормональную терапию, лица с отягощенным семейным анамнезом по остеопорозу. Степень ожирения устанавливалась по индексу массы тела (ИМТ) в соответствии с классификацией ВОЗ (1997). Критерием абдоминального ожирения был объем талии более 80 см. Метаболический синдром диагностировался по рекомендациям ВНОК (2009). Лабораторные исследования выполнены на аппарате МАХМАТ-

PL (Франция) и включали определение уровня холестерина, холестерина липопротеидов высокой (ЛПВП) и низкой (ЛПНП) плотности, триглицеридов, глюкозы, креатинина, мочевины, общего и ионизированного кальция. МПК определялась методом рентгеновской абсорбциометрии в стандартных проекциях и с использованием специальных программ по оценке композиционного состава тела на аппарате «Lunar Prodigy Advance» (США). Статистический анализ полученных результатов проводился с использованием программы «Statistica 6».

У большинства женщин имелась избыточная масса тела (34%) или ожирение (46%), реже встречалась нормальная масса тела (20%). Преобладало абдоминальное ожирение, которое выявлено у 77% женщин. Оценка композиционного состава тела показала, что жировая ткань у 63% обследуемых распределялась по смешанному, у 20% – по андронидному и у 17% – по гиноидному типу. 50% женщин страдали артериальной гипертензией. У 90% установлены нарушения липидного обмена в виде повышения уровня холестерина ЛПНП и триглицеридов. Метаболический синдром наблюдался у 68% женщин.

Низкий уровень общего и/или ионизированного кальция крови зарегистрирован у 82% пациенток.

Остеопения выявлена у 38 (59%) женщин: с преимущественным снижением МПК в позвоночнике – у 15, в шейке бедра – у 9, в обоих регионах – у 14 пациенток. Остеопороз диагностирован у 15 (23%) женщин, он проявлялся снижением МПК в обоих регионах у 11 из них, преимущественно в шейке бедра – у 4. Нормальные показатели МПК отмечены только у 12 (18%) женщин. Частота остеопении и остеопороза, а также их преимущественная локализация достоверно не различалась у лиц с различной массой тела, у женщин с метаболическим синдромом и без него ($p > 0,05$). Вместе с тем, получены корреляции, отражающие взаимосвязи метаболических нарушений и изменений МПК: ИМТ с Т-критерием в позвоночнике ($r = 0,35$, $p < 0,05$), уровня холестерина ЛПВП с уровнем кальция сыворотки крови ($r = 0,47$, $p < 0,05$) и значениями Т-критерия в шейке бедра ($r = 0,27$, $p < 0,05$). Выявлена также обратная корреляционная зависимость между значением Т-критерия в проксимальном отделе бедра и длительностью менопаузы ($r = -0,26$, $p < 0,05$).

Большинство женщин среднего возраста в периоде постменопаузы даже в отсутствие серьезной сопутствующей патологии имеет нарушения МПК в виде остеопении или остеопороза, которые обнаруживаются независимо от наличия или отсутствия ожирения, его типа и признаков метаболического синдрома. Данные нарушения у большинства женщин локализуются не только в области позвоночника, но также отмечаются в шейке бедра, сопряжены с низким уровнем ионизированного кальция в сыворотке крови и прогрессируют на фоне менопаузы. Выявленные корреляции ИМТ и холестерина ЛПВП с изменениями МПК и уровнем кальция крови позволяют предполагать возможную роль метаболических нарушений в развитии у лиц с ожирением остеопенических состояний. Их высокая частота обосновывает более активную профилактику остеопороза и переломов у данной категории женщин, включающую коррекцию гипокальциемии и нарушений МПК.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**Кирпикова М. Н.,
Назарова О. А.**

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Во всем мире остеопороз (ОП) постепенно выходит на одно из ведущих мест в структуре заболеваний лиц пожилого возраста. ВОЗ подчеркивает необходимость создания глобальной стратегии по профилактике этого заболевания и контролю над ним.

В многоцентровых исследованиях засвидетельствована высокая эффективность ряда современных препаратов в профилактике переломов при ОП. Однако выбор того или иного препарата в конкретном случае остается прерогативой врача. Представляется актуальным сравнить их эффективность на практике.

Цель исследования – сравнить эффективность различных видов антиостеопоротической патогенетической терапии пациенток с постменопаузальным ОП.

Проведено проспективное открытое сравнительное параллельное обследование 122 пациенток с постменопаузальным ОП, прошедших терапевтическое обучение в «школе для больных остеопорозом». Пациентки были разделены на группы в зависимости от вида лечения: 1 группа – 18 па-

циенток, получавших алендронат (фосамакс®) в дозе 70 мг 1 раз в неделю в течение года; 2 группа – 22 больные, принимавшие кальцитонин лосося (миакальцик®) в дозе 200 МЕ/сут интраназально в прерывистом режиме (2 мес. – лечение и 1 мес. – перерыв) в течение года; 3 группа – 38 человек, для лечения которых применялся стронций ранелат (бивалос®) в дозе 2 г/сут в течение года; 4 группа – 11 женщин, которым назначалась золедроновая кислота (акласта®) внутривенно капельно в дозе 5,0–100 мл 1 раз в год). Патогенетическая терапия проводилась в сочетании с приемом препарата кальция (карбонат кальция 2500 мг/сут) и витамина D₃ (800 МЕ/сут). Группа сравнения из 33 пациенток принимала только препараты кальция и витамин D₃ (пациентки, отказавшиеся от патогенетической терапии). Группы не различались по основным антропометрическим, клиническим характеристикам, показателям лабораторного и инструментального обследования.

Эффективность лечения оценивалась клинически, а также по динамике минеральной плотности кости (МПК). Клинически болевой синдром оценивался по визуально-аналоговой шкале (ВАШ).